

Année 1900

N°

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 31 janvier 1900, à 1 heure*

PAR

**Louis LUCAS**

*Né le 11 juillet 1874, à Damvix (Vendée)*

DES INDICATIONS

## DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES COMPLIQUÉS DE GROSSESSE

*Président : M. PINARD, Professeur.*

*Juges : MM. { TILLAUX, Professeur.  
TUFFIER, Agrégé.  
LEPAGE, Agrégé.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900



# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mercredi 31 janvier 1900, à 1 heure*

PAR

**Louis LUCAS**

*Né le 11 juillet 1874, à Damvix (Vendée)*

DES INDICATIONS

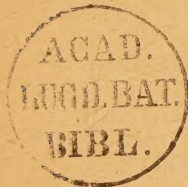
## DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES COMPLIQUÉS DE GROSSESSE

*Président : M. PINARD, Professeur.*

*Juges : MM. { TILLAUX, Professeur.  
TUFFIER, Agrégé.  
LEPAGE, Agrégé.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

## Doyen ..... Professeurs .....

Anatomie .....  
 Physiologie.....  
 Physique médicale.....  
 Chimie organique et chimie minérale.....  
 Histoire naturelle médicale.....  
 Pathologie et thérapeutique générales.....  
 Pathologie médicale.....  
 Pathologie chirurgicale.....  
 Anatomie pathologique.....  
 Histologie.....  
 Opérations et appareils.....  
 Pharmacologie et matière médicale.....  
 Thérapeutique.....  
 Hygiène.....  
 Médecine légale.....  
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....  
 Pathologie comparée et expérimentale.....

M. BROUARDEL.  
 MM.  
 FARABEUF.  
 CH. RICHET  
 GARIEL.  
 GAUTIER.  
 BLANCHARD.  
 BOUCHARD.  
 HUTINEL.  
 DEBOVE.  
 LANNELONGUE  
 CORNIL.  
 MATHIAS DUVAL.  
 TERRIER.  
 POUCHET.  
 LANDOUZY.  
 PROUST.  
 BROUARDEL.  
 BRISSAUD.  
 CHANTEMESSE.

Clinique médicale.....

Clinique des maladies des enfants.....  
 Clinique des maladies syphilitiques.....  
 Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-  
 céphale.....  
 Clinique des maladies nerveuses.....

{ POTAIN.  
 JACCOUD.  
 HAYEM.  
 DIEULAFOY.  
 GRANCHER.  
 FOURNIER.

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....  
 Clinique des voies urinaires.....  
 Clinique d'accouchement.....

{ JOFFROY.  
 RAYMOND  
 BERGER.  
 DUPLAY.  
 LE DENTU.  
 TILLAX.  
 PANAS.  
 GUYON.  
 BUDIN.  
 PINARD.

## Agrégés en exercice.

| MM.            | MM.          | MM.        | MM.        |
|----------------|--------------|------------|------------|
| ACHARD.        | DUPRÉ.       | LEPAGE.    | THIROLOIX. |
| ALBARRAN.      | FAURE.       | MARFAN.    | THOINOT.   |
| ANDRÉ.         | GAUCHER.     | MAUCLAIRE. | VAQUEZ.    |
| BONNAIRE.      | GILLES DE LA | MENÉTRIER. | VARNIER.   |
| BROCA Auguste. | TOURETTE.    | MERY.      | WALLICH.   |
| BROCA André.   | HARTMANN.    | ROGER.     | WALTHER.   |
| CHARRIN.       | LANGLOIS.    | SEBILEAU.  | WIDAL.     |
| CHASSEVANT.    | LAUNOIS.     | TEISSIER.  | WURTZ.     |
| DELBET.        | LEGUEU.      | THIERY.    |            |
| DESGREZ.       | LEJARS.      |            |            |

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de reconnaissance  
et d'amour filial.*

A MA SŒUR

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ LIBRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELASSUS

Professeur à la Faculté libre de Lille

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

## INTRODUCTION

Nous avons été frappé, tant en lisant nos auteurs qu'en écoutant nos maîtres, du danger que courent, pendant la grossesse et au moment du travail et de l'accouchement, les femmes ayant des fibromes utérins.

L'inefficacité, ou plutôt l'incomplète efficacité, des moyens employés jusqu'à ce jour pour combattre ces dangers nous a fait nous demander si, en employant des moyens différents, on n'obtiendrait pas des résultats meilleurs. Une observation très curieuse et très instructive que nous avons recueillie auprès de notre maître, M. le professeur Delassus, et que nous relaterons au cours de ce travail, nous a poussé à étudier les indications de l'hystérectomie abdominale totale dans le cas de fibromes compliqués de grossesse.

Nous en ferons le sujet de notre thèse inaugurale : non pas que nous ayons l'espoir de trancher une question d'une si capitale importance, mais nous ne désespérons pas néanmoins, en mettant sous les yeux des chirur-

giens les statistiques très encourageantes de ces dernières années, de prouver que cette intervention, pratiquée en temps opportun, peut rendre d'incalculables services.

Cet ouvrage sera divisé en six chapitres :

I. — Historique.

II. — Indications tirées de l'incompatibilité de la vie de la femme avec la continuation de la grossesse.

III. — Indications tirées de l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles.

IV. — Indications relatives tirées de la longueur du travail, de la possibilité de l'infection, de l'hémorragie etc....

V. — Observations.

VI. — Conclusions.

Avant de commencer notre thèse nous avons à remplir un très agréable devoir en exprimant toute notre reconnaissance à nos maîtres de la Faculté Libre de Lille. Ils nous ont fait ce que nous sommes et c'est grâce à leurs enseignements que nous avons l'espoir d'être bientôt un médecin sérieux et utile à ses malades. C'est grâce à eux que nous aiderons pour notre modeste part à trancher la question sociale en nous faisant l'ami des humbles et le secours des déshérités, nous efforçant ainsi de réaliser le rêve du véritable patricien : consoler en soulageant,

Nous remercions tout spécialement M. le professeur Delassus qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a toujours prodigué ses conseils si dévoués et si éclairés. Que M. le professeur Guermonprez veuille bien

recevoir aussi l'expression de notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a offert ses travaux sur l'hystérectomie abdominale totale dont il fut l'un des premiers et des meilleurs champions.

M. le professeur Pinard, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, a droit à tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait : nous les lui offrons bien volontiers.

## CHAPITRE I.

### Historique.

L'hystérectomie abdominale totale, envisagée au point de vue du traitement des fibromes utérins compliqués de grossesse, est une opération relativement récente, puisque la première observation, qui est due à Martin, date de 1888. Depuis cette époque les observations se sont peu multipliées, probablement parce que la grossesse est rare dans un utérus ayant subi la dégénérescence fibromateuse et aussi, parce que, fort heureusement, le travail, quoique prolongé dans ce cas, aboutit le plus souvent à l'accouchement soit spontané, soit précédé de version ou de forceps.

En 1889, Martin pratiquait de nouveau l'extirpation totale de l'utérus pour une volumineuse tumeur ovarienne intra-ligamentaire gauche polykystique chez une femme enceinte de trois mois.

En 1891, Fritsch, de Breslau, fit le premier l'hystérec-

tomie totale pour fibromes compliqués de grossesse à terme.

En 1892, Lannelongue, de Bordeaux, publie une nouvelle observation.

En 1893, Ross, de New-York, en publie une autre.

En 1895, Cameron, professeur à l'Université de Glasgow, pratique la même opération sur un utérus gravide de cinq mois, et Guérmonprez enlève un utérus fibromateux à terme.

En 1896, trois autres observations sont publiées successivement par : Kufferath, de Bruxelles ; Monod, de Paris ; et Guillaume, de Bruxelles.

En 1897, trois hystérectomies abdominales totales sont pratiquées pour fibromes compliqués de grossesse à terme. L'une est due à Mouchet, de Sens ; elle est lue à l'Académie de Médecine et donne lieu à un rapport du professeur Pinard dont nous reparlerons plus loin. Une autre, due à Riepi, de Venise, a paru dans la *Rivista veneta di scienze mediche*. La troisième a été publiée par Varnier et Delbet et, à ce sujet, ces mêmes auteurs ont publié un mémoire sur l'hystérectomie abdominale totale dans le cas de grossesse ; nous y ferons également des emprunts dans le cours de ce travail.

L'année 1898 a été plus fertile et nous y comptons douze observations nouvelles : Demons, de Bordeaux, deux hystérectomies pour fibromes au cours de la grossesse ; Cannegisser, de St-Petersbourg ; Tissier, de Paris ; Brewis, d'Edimbourg ; Cordemans, de Bruxelles ; Finet,

de Paris ; Boldt, de New-York pratiquent également des hystérectomies totales pour fibromes avant le septième mois de la grossesse. Trois autres opérations sont faites à terme : deux par le docteur Guttierrez, professeur de gynécologie à l'Université de Madrid, l'autre par Boldt, de New-York.

Enfin en 1899 nous trouvons sept hystérectomies se rapportant à notre sujet. Cinq ont été pratiquées dans le cours de la grossesse et sont dues : deux d'entre elles à M. Monprofit, d'Angers, et les trois autres à M. Ricard, de Paris. Restent les deux dernières pratiquées à terme : l'une par Vautrin et Schull, de Nancy, l'autre par Delassus, de Lille.

A la suite de leurs observations, la plupart des auteurs que nous venons de citer ont ajouté des réflexions personnelles sur la plus ou moins grande valeur, la plus ou moins grande opportunité de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des fibromes compliqués de grossesse. La majorité, nous dirions même la totalité de ces réflexions, est favorable à l'idée que nous avons l'intention de soutenir ici et nous les rapporterons dans le cours de notre travail, à mesure que le développement du sujet le comportera. Qu'il nous suffise de constater pour l'instant que plus de la moitié des observations recueillies par nous datent de ces deux dernières années. ce qui semble bien prouver la tendance de plus en plus grande qu'auraient les chirurgiens à intervenir radicalement, dans les cas que nous étudions.

## CHAPITRE II

### Indications tirées de l'incompatibilité de la vie de la femme avec la continuation de la grossesse.

De même que les fibromes, en dehors de l'état gravidique, peuvent arriver par leur volume à provoquer des troubles tels qu'ils nécessitent une intervention immédiate, de même aussi, le cas peut se rencontrer où la tumeur, sans agir directement sur la grossesse, amène des accidents graves. Ce fait appartient presque en propre aux fibromes sous-séreux qui provoquent plus rarement l'avortement ou l'accouchement prématuré, et nous avons trouvé dans la littérature médicale plusieurs cas de ce genre, ainsi que le prouvent un certain nombre de nos observations. Les myômes reçoivent une poussée du fait de la grossesse et leur volume peut devenir rapidement assez considérable pour produire des phénomènes de compression pouvant compromettre la vie de la femme.

C'est d'ailleurs la cause la plus fréquente, pour laquelle sont intervenus les chirurgiens dans le cours de la grossesse et presque toutes les hystérectomies, qui ont été pratiquées avant le septième mois, n'ont pas eu, d'autre raison.

La première hystérectomie qui ait été faite, pour fibromes sur un utérus gravide, est due à Martin, en 1888. On en pourra lire le résumé au chapitre des observations et voir que des symptômes graves de compression exigeaient une intervention immédiate.

En 1892, Kufferath, de Bruxelles, opère en raison des douleurs vives avec troubles rectaux et vésicaux et vomissements graves.

Dans deux autres cas, dûs, l'un à Lannelongue, de Bordeaux, et l'autre à Monod, de Paris, le diagnostic de grossesse ne fut pas posé avant l'intervention ; mais chaque fois la femme fut gravement atteinte et nul doute que la gravidité n'ait eu une influence néfaste sur l'évolution des myômes. Dans les deux cas, l'opération fut considérée comme inévitable et les deux chirurgiens pratiquèrent l'ablation totale de l'utérus avec guérison des deux femmes.

Ross, Cameron, Guillaume, Demons, Cannegisser, Brewis, Cordemans, Finet, Boldt, Monprofit opèrent successivement pour troubles graves causés par des fibromes à accroissement rapide dans un utérus gravide. Nous analyserons à la fin de ce chapitre les résultats de leurs

interventions pour les comparer aux résultats fournis par les autres procédés.

En lisant successivement toutes les observations auxquelles nous venons de faire allusion, nous avons été frappé par ce double fait : que tous les auteurs qui ont pratiqué l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins dans les premiers mois de la grossesse, s'accordent à considérer cette intervention comme étant la seule indiquée et que, d'autre part, ils ont obtenu des résultats très satisfaisants.

Nous ne voudrions pas être considéré comme un interventionniste à outrance, qui préconise l'ablation de l'organe gestateur toutes les fois qu'il a subi la dégénérescence fibromateuse et qu'il provoque quelques troubles. Loin de nous cette pensée ; car nous sommes prêt à reconnaître que souvent, des femmes ayant des fibromes utérins accouchent sans trop de difficultés. Nous accordons même que certaines femmes, présentant des troubles graves pendant les premiers mois, peuvent conduire à bien leur grossesse, ainsi que le prouvent une observation de M. Demons et d'autres que nous citerons plus loin, où il a été possible d'attendre le terme pour intervenir.

Mais il y a des cas où l'expectation compromettrait gravement les jours de la mère, sans aucun bénéfice pour l'enfant, des cas où se pose nettement la nécessité d'intervenir. Alors que faire ?

Deux voies sont ouvertes au praticien : l'avortement

ou la suppression de l'utérus. Nous ne croyons pas que l'avortement thérapeutique, si justement et si heureusement préconisé par M. le P<sup>r</sup> Pinard, dans le cas de troubles graves d'auto-intoxication gravidique, dus à l'albuminurie par exemple, soit appelé à donner ici des résultats aussi satisfaisants. Dans le premier cas, en effet, on supprime toute la cause du mal, et le foie et le rein, qui ne pouvaient plus suffire pour deux organismes vont pouvoir de nouveau accomplir leur tâche pour la mère seule ; dans le second cas, au contraire, la cause des accidents subsiste. Sans doute on pourra nous objecter que l'utérus étant débarrassé de son contenu, les fibromes vont rétrocéder et peut-être même disparaître. Nous le voulons bien ; mais cela n'est pas prouvé et la femme demeure avec un organe admirablement disposé pour l'infection et pour l'hémorragie. Les myômes, s'ils sont sous-muqueux, peuvent se sphacéler et infecter la femme. Stavely dans sa statistique à ce sujet donne 12 % de mortalité dans le cas d'avortements dus à des fibromes. Il est vrai que l'avortement provoqué peut donner de meilleurs résultats. Mais, ainsi que le font remarquer Lauwers et Landau, et en cela nous sommes tout à fait de leur avis, l'hystérectomie abdominale totale semble néanmoins la meilleure opération en cette circonstance, parce que, si l'on fait l'avortement, en dehors des accidents immédiats, on est souvent obligé d'intervenir une seconde fois. On a donc alors exposé deux fois la vie de la mère et sacrifié celle de l'enfant sans grand avantage.

Des cas peuvent se rencontrer, où l'on se trouve, après la laparotomie, en présence d'un myôme sous-péritonéal pédiculé et cause unique des accidents : la myômectomie simple peut alors être pratiquée. Plusieurs cas de guérisons ont été publiés à la suite de cette opération conservatrice ; la femme a pu conduire sa grossesse à terme et n'a plus présenté de troubles. Mais en regard de ces succès, se placent des avortements nombreux et quelquefois des cas de mort de la mère. Cependant, quand elle est possible, la myômectomie nous semble le procédé de choix.

Mais quand on se trouve en présence d'un utérus bourré de fibromes interstitiels, on devra songer que l'avortement expose la femme à plus de dangers que l'ablation de l'utérus, nous le prouverons dans un instant, et que d'autre part, la femme, débarrassée de son fœtus, reste sous le coup d'une nouvelle intervention.

Notre opinion sur ce sujet n'est pas théorique ; elle se base sur des faits prouvant, non pas l'inocuité absolue de l'hystérectomie abdominale totale, mais sa gravité infiniment moindre que celle des autres procédés : considération, d'autant plus importante, qu'elle seule assure une guérison radicale.

Nous donnons dans le tableau suivant la liste des auteurs par date avec les résultats de leurs hystérectomies pratiquées avant le 7<sup>m</sup>e mois :

| Auteurs            | Opérées | Mortes | Auteurs           | Opérées | Mortes |
|--------------------|---------|--------|-------------------|---------|--------|
| Martin, 1888.....  | 1       | 0      | Brewis, 1898...   | 1       | 0      |
| — 1889.....        | 1       | 0      | Cordemans, 1898   | 1       | 0      |
| Lannelongue, 1892  | 1       | 0      | Finet, 1898 ....  | 1       | 0      |
| Ross, 1893 .....   | 1       | 1      | Boldt, 1898....   | 1       | 0      |
| Cameron, 1895...   | 1       | 0      | — — ....          | 1       | 0      |
| Kufferath, 1896..  | 1       | 0      | Monprofit, 1899.  | 1       | 0      |
| Monod, 1896.....   | 1       | 0      | — —               | 1       | 0      |
| Guillaume, 1896..  | 1       | 0      | Ricard, 1899 .... | 1       | 0      |
| Demons, 1898....   | 1       | 0      | — — ...           | 1       | 0      |
| — 1898....         | 1       | 0      | — — ...           | 1       | 0      |
| Tissier, 1898..... | 1       | 0      |                   | —       | —      |
| Cannegisser, 1898  | 1       | 0      | Total.....        | 22      | 1      |

On trouvera le compte rendu de ces observations au chapitre V, sauf pour celles de Boldt qui ne donne que fort peu de détails dans sa communication et celles de M. Ricard qui n'ont pas été publiées. Nous ne croyons pas être allé trop loin en vantant les résultats l'hystérectomie totale et la statistique que nous en donnons rigoureusement juste, du moins autant que nous permettent de l'affirmer nos recherches très consciencieuses, nous semble de nature à créer des partisans nouveaux pour cette opération. La mortalité brute est de 4.54 %; nous disons brute, parce que le seul cas de mort que nous ayons à enregistrer s'est produit 11 jours après l'opération, à la suite d'un étranglement interne, alors que la malade semblait presque guérie et, comme le fait remarquer Ross lui-même, s'il n'avait pas été absent à ce moment, il est probable qu'une nouvelle intervention eut sauvé cette femme.

Il ne faut donc pas s'étonner, devant des résultats aussi brillants, que les chirurgiens, qui ont eu l'occasion de pratiquer l'hystérectomie dans ces conditions, s'en déclarent franchement partisans. Qu'il nous suffise de rappeler ici les paroles que publiait, au mois de juin 1899, M. Monprofit, d'Angers, dans la Revue de gynécologie et de Chirurgie abdominale :

« Dans certains cas, les fibromes reçoivent une poussée du fait de la grossesse. Le fonctionnement des organes de la digestion peut être tellement gêné que l'alimentation devient impossible. Les vomissements deviennent incessants et les malades arrivent à un tel degré de faiblesse, qu'on peut concevoir les craintes les plus sérieuses sur la conservation de la vie. La même question se pose donc que dans les vomissements incoercibles : le produit de conception ne compte plus, il faut aviser aux moyens de sauver la mère. On a proposé, dans des cas analogues, d'interrompre le cours de la grossesse : mais encore faut-il que le diagnostic ait été posé d'une façon certaine et, bien souvent, on se trouvera seulement en présence d'une tumeur fibreuse, devenue rapidement grave, sans qu'on puisse découvrir exactement le facteur nouveau qui est venu apporter une complication dans le cours d'une affection déjà ancienne.

« Dans ces conditions, la meilleure conduite, la plus prudente, la plus sûre, n'est-elle pas de s'adresser à l'intervention qui permet de supprimer d'un seul coup la cause des troubles anciens et récents ? Il ne nous paraît

pas douteux que l'hystérectomie abdominale totale ne soit le traitement de choix dans des cas analogues. C'est le traitement auquel nous nous sommes rattaché, chez les deux malades observées par nous, et elles ont guéri comme de simples opérés de fibromes. »

Ces paroles résument en effet toute notre argumentation et elles prouvent, ainsi que nous le disions précédemment, tous les avantages de l'opération radicale : moins de dangers au moment de l'intervention et suppression définitive de la cause du mal.

Cependant, nous ne saurions trop répéter, que nous considérons l'hystérectomie totale comme étant indiquée seulement dans les cas où il y a indication absolue d'interrompre le cours de la grossesse. C'est elle, alors, qui donne les meilleurs résultats. Mais il est assez fréquent, même après des troubles sérieux dans les premiers mois, de voir des femmes aller jusqu'à terme. C'est déjà un excellent résultat d'obtenu et alors, peut de nouveau, se poser, au moment du travail, la question de l'expectative ou de l'intervention, question que nous discuterons plus loin. Mais si, avec du repos, une surveillance rigoureuse, on peut espérer avoir un enfant vivant, nous sommes le premier à réclamer la non-intervention. Dans le cas contraire, hystérectomie totale, et la femme guérit « comme une simple opérée de fibromes ».

### CHAPITRE III

#### **Des indications tirées de l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles**

Il est rare que les fibromes provoquent une dystocie sérieuse au moment du travail et de l'accouchement, par leur présence dans le petit bassin, à tel point qu'ils empêchent l'expulsion du fœtus.

Tous les accoucheurs s'accordent à reconnaître que la tumeur se ramollit et subit souvent une ascension qui la fait remonter dans l'abdomen et supprime du même coup l'obstacle apporté à la terminaison de l'accouchement. Il se trouve néanmoins des circonstances où l'enclavement est si complet, les adhérences si fortes, le ramollissement si peu accentué, que l'accoucheur n'a plus raisonnablement le droit d'attendre et de se fier aux seules forces de la nature. Il faut agir et, une fois l'intervention décidée, agir vite pour éviter à la femme des souffrances que l'on

croit inutiles et donner à l'enfant plus de chances de se sauver.

La conduite à tenir a été diversement interprétée par les accoucheurs, Tarnier préférait la version. Depaul vantait le forceps. Plus récemment M. Lepage a pensé que, dans certains cas déterminés, la symphyséotomie pourrait donner de bons résultats. Enfin on a pratiqué des opérations nutilatrices sur des enfants morts, voire même sur des enfants vivants. Nous n'avons pas la prétention de juger la valeur des arguments donnés par des maîtres, assurément beaucoup plus compétents que nous dans cette grave question, et nous nous bornerons simplement à signaler les faits, à mettre en regard les statistiques, à donner les opinions d'auteurs très autorisés, laissant à d'autres le soin d'en apprécier toute la portée.

Dans la thèse du Dr Pujol, soutenue à Montpellier en 1896, nous avons trouvé les statistiques réunies de Susserot, Tarnier, Lefour et Chabazian qui donnent un total de 57 applications de forceps et de 29 versions. Ces 57 applications de forceps ont laissé 38 mères vivantes et 25 enfants vivants, soit une mortalité maternelle de 33 % et une mortalité foetale de 56 %. Des 29 versions, 7 mères et 7 enfants sont demeurés vivants, soit une mortalité maternelle et foetale de 75 %. Ces chiffres se passent de commentaires et montrent que des interventions, donnant d'aussi mauvais résultats entre les mains des plus habiles, exposent les praticiens ordi-

naires à des désastres. Aussi, sans condamner absolument le forceps et la version dans le cas de rétrécissement du bassin par un fibrome, pensons-nous que ces opérations doivent céder le pas à une autre qui, pour être plus radicale, n'en donne pas moins des résultats meilleurs.

M. Lepage a prétendu que dans certains cas la symphyséotomie retrouvait ses indications pour des tumeurs pelviennes, utérines ou extra-utérines, venant s'engager au-dessous de la partie fœtale et obstruant en partie l'excavation pelvienne, sans pouvoir être refoulées en haut. Le cas existe assurément, où l'agrandissement momentané du bassin peut suffire pour permettre l'expulsion du fœtus et nous ne repoussons pas du tout cette opération. Malheureusement, la clinique ne peut obtenir, dans le cas de tumeurs pelviennes, des résultats aussi satisfaisants que pour les rétrécissements du bassin. Ceux-ci, en effet, correspondent à des types déterminés, l'exploration permet de fixer au plus juste les différents diamètres intéressant l'accoucheur : la chose devient beaucoup plus difficile pour des tumeurs essentiellement irrégulières, pouvant même varier de volume en peu de temps, en raison de la stase plus ou moins considérable qui s'y produit.

« Dans les cas de tumeurs pelviennes, dit le P<sup>r</sup> Puech, de Montpellier, on ne peut qu'approximativement juger le degré de la diminution du bassin et dès lors, la symphyséotomie devient une opération tout à fait aléatoire, risquant fort de ne donner que des résultats insuffisants,

témoin l'observation rapportée par M. Maygrier ». Peu de temps auparavant, M. Maygrier avait en effet rapporté un cas où, après avoir fait la symphyséotomie pour un fibrome obstruant le petit bassin, il avait eu le regret de perdre la femme.

« Nous ne pouvons que souscrire aux raisons de M. le professeur Puech, ajoute le D<sup>r</sup> Pujol, et à pratiquer une opération sanglante, mieux vaut se résoudre à faire une opération radicale comme celle de Porro, ou encore l'opération césarienne avec extirpation de la tumeur ».

Il semble donc que cette très grande difficulté, de pouvoir apprécier exactement le degré de rétrécissement du bassin, doive singulièrement limiter les indications de la symphyséotomie dans le cas de tumeurs pelviennes.

Nous avons examiné jusqu'ici trois opérations conservatrices pour la mère. Les deux premières, forceps et version, donnent de si mauvais résultats qu'elles poussent d'elles-mêmes à rechercher une autre voie qui permette de restreindre considérablement la mortalité maternelle et fœtale. La symphyséotomie, qui a donné de si brillants résultats, à M. le professeur Pinard en particulier, dans les viciations pelviennes d'origine osseuse, semble perdre ici une partie de ses droits en raison de l'impossibilité où l'on se trouve de préciser nettement ses indications.

Des accoucheurs d'une autre époque, soucieux de sauver la vie de la mère à tout prix, et ne considérant qu'elle dans la parturition, ont proposé de réduire les

diamètres du fœtus vivant par la basiotripsie ou autre opération mutilatrice, afin de rendre ainsi possible l'expulsion du produit de conception. Nous ne saurions trop nous élever contre cette théorie barbare qui fait de l'enfant une quantité négligeable et le sacrifie pour éviter à la mère une opération, où, pour être exposée, elle aurait des chances d'avoir un enfant vivant. Notre intention n'est pas de nous arrêter à discuter cette opinion qui, d'ailleurs, est de plus en plus abandonnée des accoucheurs actuels, grâce surtout à M. le professeur Pinard qui, non content de faire afficher dans sa salle de clinique cette belle parole : « L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu », nous disait pendant une de ses leçons qu'il voulait la crier assez haut, en France, en Europe et partout, pour que tout le monde put enfin l'entendre et l'admettre. D'un autre côté, nous sommes très bien placé pour refuser énergiquement l'embryotomie, tant sur l'enfant vivant d'ailleurs que sur l'enfant mort, puisque cette opération a fourni jusqu'ici des résultats déplorables.

Dans les cas que nous avons pu retrouver, l'intervention ne fut pratiquée que sur des fœtus ayant cessé de vivre. Lefour donne, pour onze craniotomies, six femmes mortes ; pour cinq cephalotripsies, deux femmes mortes ; pour deux embryotomies, une femme morte. En 1893, Chabazian note 4 morts sur six cas d'embryotomie. Les opérations mutilatrices du fœtus, même dans le cas où il a succombé, ne donnent donc pas de résultats encou-

rageants dans les grossesses compliquées de fibromes. Il est possible que les progrès de l'art obstétrical rendent la mortalité maternelle plus faible, mais dans ces cas l'enfant n'en serait pas moins toujours sacrifié et nous sommes bien autorisé à nous demander s'il n'est pas possible de faire mieux.

La question d'intervention par la voie abdominale se pose alors tout naturellement et l'opérateur peut choisir entre l'opération césarienne simple conservatrice, l'opération de Porro ou amputation utéro-ovarique avec traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule et l'hystérectomie abdominale totale.

En consacrant notre travail à mettre en relief les avantages de cette dernière intervention, nous n'avons pas voulu asservir les faits à notre idée ; mais, bien au contraire, ce sont ces mêmes faits qui, nous ayant frappé, nous ont conduit à étudier la question.

L'opération césarienne simple qui donne de bons résultats dans les rétrécissements osseux du bassin, parce qu'elle permet aux femmes d'avoir d'autres enfants, et encore ce point n'est-il pas admis de tous les accoucheurs ne trouve plus, dans le cas de fibromes, ces mêmes indications. Dans les viciations pelviennes en effet, l'utérus se comporte comme un utérus ayant expulsé normalement un fœtus ; mais s'il a subi la dégénérescence fibromateuse, les choses peuvent se passer d'une toute autre façon et l'opérateur, qui fait dans ce cas une opération césarienne conservatrice, laisse dans le ventre de la

femme un organe malade qui l'expose à toutes sortes d'accidents. Ces accidents d'ailleurs, se produisent et la mortalité reste très élevée pour les opérations césariennes simples pratiquées dans le cas de fibromes utérins. Dans un numéro de l'*Obstétrique* de 1897, M. Maygrier, à propos d'un cas d'opération de Porro, pratiquée avec succès par M. Adenot de Lyon, pour fibrome compliqué de grossesse, recherchant les statistiques de l'opération césarienne, trouvait que, en 1880, Lefour donnait une mortalité de 81,48 %; en 1890, Pestalloza arrivait au chiffre de 66 % et plus récemment Apfelstedt constatait que la mortalité s'était abaissée à 50 %. proportion évidemment très considérable encore.

Pujol dans sa thèse arrivé à conclure que l'opération césarienne conservatrice présente plus de gravité, tout en offrant moins d'avantages, que l'ablation totale de l'utérus. Elle permet seulement à la femme d'avoir d'autres enfants, mais l'expose à l'hémorragie et à l'infection. Nous sommes très sceptique sur les avantages de la conservation de l'utérus dans le cas de fibromes; nous devons nous rappeler en effet que cinquante femmes seulement sur cent vont survivre à l'opération et que, parmi ces cinquante femmes, la plupart sont destinées à ne plus être enceintes et la plupart aussi, surtout si elles sont jeunes, seront obligées six mois, un an plus tard de se faire opérer de nouveau pour l'ablation de leurs fibromes.

Et cela est si vrai, que M. le professeur Pinard, faisant

un rapport à l'Académie de Médecine en 1897, à propos d'un cas d'opération césarienne conservatrice pratiquée par le Docteur Lecerf, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Valenciennes, chez une femme présentant un fibrome enclavé dans le petit bassin, après avoir félicité l'opérateur, ajoutait ceci : « Est-ce à dire que la conduite suivie par notre confrère doive être la règle ? Je ne le crois pas. En m'appuyant sur des statistiques, je crois que l'opération césarienne conservatrice, pratiquée sur un utérus fibromateux, chez une femme en travail depuis un certain temps, avec un œuf ouvert et chez laquelle plusieurs examens auront été pratiqués, sera toujours chose hasardeuse. Aussi, pour ma part, dans des cas semblables, je préfère pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, méthode qui, tout en sauvegardant aussi bien, sinon mieux, les jours de la femme, a pour résultat définitif la guérison complète, c'est-à-dire la disparition de la tumeur. Et je pense que bientôt les observations seront assez nombreuses pour entraîner la conviction de tous et en faire la méthode de l'avenir ». Les prévisions du Professeur Pinard se sont en partie réalisées, puisque nous possédons aujourd'hui trente deux cas d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes compliqués de grossesse et que la statistique en est des plus brillantes.

L'opération de Porro, elle-même, semble devoir être délaissée en faveur de l'ablation totale. La dernière statistique donne une mortalité de 20 0/0 et de plus, en

dehors de ses inconvénients immédiats, plusieurs auteurs s'accordent à lui reconnaître des avantages éloignés moins bons que ceux de l'hystérectomie abdominale totale. Nous prendrons des témoignages de préférence auprès des auteurs qui, ayant eu l'occasion de comparer personnellement les deux opérations, sont, par le fait, plus aptes à juger de leur valeur réciproque.

Dans leur mémoire, publié sur la question en 1897, Varnier et Delbet se déclarent hautement partisans de l'hystérectomie totale comme complément de la césarienne dans les rétrécissements du bassin par tumeurs fibreuses. « En l'absence de toutes autres complications que la dégénérescence fibromateuse, l'hystérectomie abdominale totale nous paraît devoir donner, dans le traitement des fibromes compliquant la grossesse, des résultats supérieurs à ceux de l'opération de Porro, avec traitement extra ou intra-péritonéal du pédicule. »

La même année, M. le Professeur Pinard, faisant à l'Académie de Médecine un rapport sur un cas d'hystérectomie abdominale totale pratiquée chez une femme en travail atteinte d'un gros fibrome de l'utérus, dit que la conduite suivie par le Dr Mouchet est la seule rationnelle et en rapport avec les progrès de la chirurgie, pour les raisons suivantes : 1° Les opérations césariennes simples donnent le plus souvent des résultats déplora-  
bles ; — 2° L'amputation utéro-ovarique ou de Porro, outre qu'elle est souvent difficile et quelquefois impossible, ne donne pas des résultats meilleurs que la césa-

rienne simple ; — 3° en pratiquant l'hystérectomie abdominale totale, on délivre la femme et de son enfant et de sa tumeur,

Dans une réunion de la Southern surgical and gynecological association, le Dr Fry, à propos de la grossesse et du travail compliqués par des fibromes, émet deux propositions : 1° que l'avortement provoqué est injustifiable ; 2° que le travail présentant de sérieuses difficultés est mieux traité par la laparotomie et l'ablation de l'enfant et de la tumeur. De cette façon, les intérêts de la mère ne sont plus relégués au second plan. En sauvant la vie de beaucoup d'enfants, on diminue la mortalité maternelle.

Dans le traité d'accouchements de MM. Ribemont, Dessaignes et Lepage, nous lisons : « Dans certains cas, la réduction de la tumeur fibreuse n'est pas suffisante pour laisser passer le fœtus et ce n'est qu'au prix d'une opération mutilatrice qu'on peut l'extraire ; l'accouchement peut même être impossible par les voies naturelles et il y a nécessité de pratiquer l'opération césarienne, ou celle de Porro, ou mieux encore l'hystérectomie abdominale totale. » Et plus loin : « si le travail n'avance pas, si le fœtus souffre et s'il y a obstacle à l'accouchement, faire l'opération césarienne complétée ou non de celle de Porro ou mieux l'hystérectomie abdominale totale.

Reipi, de Venise, dans la *Rivista veneta di Scienze mediche*, à propos d'une observation qui sera relatée à

la fin de ce travail (obs. xxii), ajoute comme conclusion : « Comme d'habitude, l'expectation prolongée amena la mort du fœtus. L'indication était la réduction de la tumeur qui ne fut pas possible parce qu'elle était très fixée et trop abaissée. La réduction pour une telle tumeur réussit très rarement. Litzmann sur quarante-cinq cas réussit seulement sept fois. Playfair sur cinquante sept réussit seulement cinq fois. N'ayant pas réussi la réduction de la tumeur dans mon cas, je ne pouvais que recourir à la voie abdominale, comme indication absolue. Ayant trouvé l'utérus fibromateux, avec un col œdématisé pour la raison indiquée ci-dessus, l'indication rationnelle était, comme je fis, de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale. »

Guermonprez, dans ses documents sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes utérins fait à fond le procès de l'opération de Porro. Envisageant ensuite le cas spécial où la tumeur est compliquée de grossesse, à propos de l'observation qui sera publiée plus loin (obs. xix), il ajoute : « Dans de semblables conjonctures il n'y avait pas à hésiter, l'hystérectomie abdominale totale est tellement supérieure à l'opération de Porro, pour obvier aux difficultés spéciales du cas particulier, qu'il n'y eut même pas de discussion. »

Or, cette phrase, qui semble s'appliquer spécialement au cas de M. Guermonprez, peut, il nous semble, être généralisée à tous les cas où il y a indication absolue d'intervenir par la voie abdominale, puisque toujours, dans

ces cas, il se trouve une tumeur enclavée dans le petit bassin laquelle rend l'opération de Porro très pénible et très aléatoire.

En 1898, Boldt, de New-York, à l'American gynecological Society, fait une communication intitulée : « Porro's opération versus total hystérectomy » et dans cette communication il rejette absolument l'opération de Porro pour se déclarer partisan de l'hystérectomie abdominale totale. Cette opinion a été affirmée dans son esprit, dit-il, par trois cas dans lesquels il a dû pratiquer l'hystérectomie pour fibromes compliqués de grossesse : deux fois avant le septième mois, une troisième fois près du terme. Chaque fois il fut frappé de la facilité avec laquelle l'hystérectomie totale, pour laquelle il s'était décidé, pût être pratiquée. Nous extrayons de sa publication les passages suivants : « Breisky (Arch. fur, Gynäk), en publiant son premier cas d'opération de Porro, dit que cette opération peut devenir impossible ou impraticable, si les néoplasmes qui causent l'obstacle au travail normal sont situés dans le col utérin. En de telles circonstances l'extirpation totale de l'utérus par la méthode de Freund peut être envisagée. Schroëder ne considèrerait pas l'opération de Porro comme une opération d'avenir, mais plutôt comme une opération transitoire, de période intermédiaire. En définitive, je pense que la section césarienne est destinée aux indications relatives et l'hystérectomie totale aux indications absolues. » « On a objecté, ajoute l'auteur, qu'il fallait

plus de temps pour l'hystérectomie totale; ayant plusieurs fois employé les diverses méthodes en vogue pour opérer les fibromes, je trouve que l'hystérectomie totale peut être accomplie aussi vite qu'une opération extra-péritonéale, et me basant sur l'expérience de mes cas, je trouve qu'il est plus facile d'enlever un tumeur a terme qu'un utérus non gravide. »

Le professeur Guttierrez de Madrid publia la même année deux observations d'hystérectomie totale pour utérus fibromateux gravides a terme. Après avoir envisagé la rareté de la grossesse dans les cas de fibromes utérins : 51 femmes enceintes sur 291 ayant des fibromes dans sa statistique, l'auteur passe en revue les accidents possibles et rapporte, sur ces 51 grossesses, 26 avortements du deuxième au quatrième mois et sept accouchements prématurés. Il ajoute ensuite : « Le danger devient très grand quand ces tumeurs sont emprisonnées dans le petit bassin et adhérentes, parcequ'elles ne se ramollissent pas sous l'influence de la gestation et la croissance de la matrice ne les élève pas, ainsi que cela se produit pour les myômes à insertion dans la région supra-vaginale du col, ou sur le segment inférieur de la matrice. C'est pour cela, que la complication de la grossesse varie selon qu'il s'agit de tumeurs sous-péritonéales a développement abdominal, ou bien de fibromes développés dans le segment inférieur ou la portion supra-vaginale du col, surtout si les premiers sont intra-ligamenteux ou se trouvent enclavés dans le bassin : parce

que si, dans le premier cas, l'accouchement peut se faire spontanément, il est impossible dans le second et souvent même, on a dû pratiquer l'avortement ou l'accouchement prématuré pour éviter le danger. Et à l'heure actuelle, sans parler des causes morales et sociales, ce procédé me semble fort peu scientifique, étant donné que nous possédons des moyens sûrs pour affronter cette situation difficile et que nous pouvons agir au moment précis du terme, en sauvant les deux êtres dont la vie est menacée. Et parmi les moyens que nous offre la chirurgie moderne, je n'en vois pas de préférable à celui que j'ai employé pour les deux mères dont je m'occupe. »

L'auteur préconise l'hystérectomie abdominale totale par le procédé de Doyen : « par cela même qu'aucun autre ne remplit aussi parfaitement les deux indications vitales pour les deux cas que je viens de décrire « d'économiser le temps et le sang » je n'hésite pas à le recommander comme complément de l'opération césarienne dans tous les cas de grossesses compliquées de fibromes multiples et volumineux, pour lesquelles l'accouchement est impossible par les voies naturelles et qui constitueraient une menace constante pour la femme dans toute fécondation successive. »

Voici donc une nouvelle affirmation très catégorique de la valeur toute spéciale de l'hystérectomie abdominale totale et de sa supériorité sur l'opération de Porro. A l'appui de sa thèse, le professeur Guttierrez apporte deux

cas où il eut le bonheur de sauver la vie de la mère et de l'enfant par l'hystérectomie totale post-césarienne, et la satisfaction de penser que, par son intervention, ces deux femmes étaient en même temps mises à l'abri des accidents immédiats ou éloignés auxquels les exposaient leurs fibromes (obs. xxiii et xxiv).

Les témoignages, ainsi que le lecteur peut en juger, ne nous manquent pas. Nous en citerons d'autres encore, parce que nous pensons que c'est en accumulant des opinions, basées sur des faits, que l'on peut le plus aisément entraîner la conviction des autres.

Dans leur traité médico-chirurgical de gynécologie de 1898, MM. Labadie-Lagrave et Legueu, tout en n'étant pas affirmatifs pour l'opération radicale, donnent néanmoins d'excellentes raisons pour la faire préférer aux autres interventions. Après avoir montré la gravité de l'expectation dans certains cas, les mauvais résultats de l'accouchement prématuré, du forceps et de la version, ils conseillent, si l'on prévoit des difficultés pour la grossesse ou l'accouchement de pratiquer l'ablation de la tumeur. Nous avons dit au chapitre précédent que la myômectomie avait toutes nos préférences quand elle était possible et rendue logique par la présence d'une seule tumeur facilement énucléable. Mais le cas n'est pas toujours aussi simple, ce qui fait dire aux auteurs que nous venons de citer : « Mais la situation de ces tumeurs est telle que beaucoup d'entre elles ne peuvent être enlevées qu'en sacrifiant l'utérus » — « Pendant le

travail, si un fibrome pelvien fait obstacle à l'accouchement, il convient d'en tenter la réduction. Si celle-ci ne réussit pas, il faut faire l'extirpation par énucléation ou autrement. Si ces manœuvres ne réussissent pas, on a le choix entre le forceps, la version, l'embryotomie, la symphyséotomie et l'opération césarienne. L'extraction du fœtus par la voie abdominale reste discutable : opération de Porro ou opération césarienne ? L'opération césarienne laisse à la malade sa tumeur, par contre l'opération de Porro assure une guérison radicale et l'hystérectomie abdominale totale semble à première vue la plus conforme aux tendances actuelles. »

Nous avons suffisamment montré, croyons-nous, les mauvais résultats que donnent toutes les interventions sur un utérus fibromateux, en dehors de la myomectomie, quand elle est possible et justifiée, et de l'hystérectomie abdominale totale, pour croire que les tendances actuelles dont parlent Labadie-Legravé et Legueu sont basées sur les comparaisons qui ont pu être faites dans ces dernières années, comparaisons où la supériorité de l'opération radicale apparaît très nettement. Mais poursuivons notre énumération.

M. Ricard dans son rapport à l'Association française de chirurgie, au mois de novembre de l'année 1899 donne 18 cas d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes compliqués de grossesse, réunis dans la thèse du Dr Fonguyon de Bordeaux. Ces 18 cas donnent comme résultat brut 17 guérisons. En admettant que tous les cas ne sont

pas publiés, on est cependant en droit de conclure, dit le rapporteur, que l'hystérectomie abdominale totale pratiquée au cours de la grossesse est d'un pronostic relativement bénin. Et il ajoute : « Il m'est difficile de mettre en parallèle les mérites comparés de l'hystérectomie totale et de la subtotale, nous manquons de documents comparatifs. Mais, ici, il me semble, que l'hystérectomie totale retrouve ses indications : elle est plus facile et plus rapide que hors l'état de grossesse du fait de la laxité particulière des tissus. Le col utérin ramolli se reconnaît plus difficilement au doigt qui explore par l'abdomen. L'hystérectomie abdominale totale me paraît ici reprendre sa place. »

Dans la *Semaine gynécologique* de juin et juillet 1899 a paru un travail du D<sup>r</sup> Longuet, sur le traitement des fibromes utérins. Envisageant la question au point de vue de la coexistence des fibromes et de la grossesse, l'auteur donne une statistique de 17 cas avec deux morts, et bien qu'il soit en général partisan de la subtotale, il admet « l'hystérectomie abdominale totale raisonnée pour le traitement des fibromes compliqués de grossesse. »

Dans l'*Obstétrique* de 1897, M. Maygrier envisage les résultats fournis par les trois opérations qui sont à la portée des accoucheurs, en présence d'un bassin obstrué par un fibrome : opération césarienne simple conservatrice, opération de Porro, hystérectomie abdominale totale. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'opération

césarienne simple pour fibromes qui donnait en 1880, d'après Lefour, une mortalité de 81,48 %; en 1890, d'après Pestalozza une mortalité de 66 %, ne donnait plus en 1897, d'après la statistique établie par Apfelstedt que 50 % de mortalité, proportion encore considérable. Pour l'opération de Porro, d'après les mêmes statistiques, la mortalité s'était abaissée de 50 % à 20 %.

M. Maygrier n'avait trouvé que trois observations d'hystérectomie totale : celle de Guermonprez, celle de Varnier et Delbet et celle de Mouchet donnant 0 % de mortalité. Il aurait fallu y ajouter celle de Fritsch qui donne une mort, mais M. Maygrier a sans doute pensé, et nous le pensons avec lui, que la mort, dans ce cas, relevait bien plus de l'éclampsie que de l'opération. Nous avons pu retrouver cinq autres cas d'ablation totale à terme pratiqués depuis les considérations de M. Maygrier et ces cinq cas ont aussi donné cinq guérisons.

En mars 1899, MM. Vautrin et Schull de Nancy, à l'occasion d'une hystérectomie totale, qu'ils relatent dans l'*Obstétrique* (obs. xxvi), se déclarent franchement partisans de l'hystérectomie totale : « Déjà disent-ils, dans le traitement des fibromes, les statistiques se sont beaucoup améliorées depuis que l'hystérectomie abdominale totale a été substituée au Porro; de même, il faut espérer que, dans la pratique obstétricale, l'hystérectomie abdominale totale donnera de meilleurs résultats que le Porro. D'ailleurs, les chirurgiens qui ont opéré dans ces conditions s'accordent tous pour admettre la

grande facilité de l'opération, en raison de la laxité des ligaments. La légende des multiplés contre-indications opératoires, pendant la grossesse et le travail, doit prendre fin et ne plus faire renoncer aux indications d'une intervention déterminée. Le seul danger qui menace la femme est l'infection, surtout l'anto-infection, en raison de la propreté ordinaire des accoucheurs actuels, et ce danger devient, par ce seul fait, une indication plutôt qu'une contre-indication. »

M. le professeur Delassus, dans son cours de gynécologie et d'accouchements, a traité la question des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement. Nous sommes heureux de pouvoir donner ici un résumé des opinions qu'il a émises et exposées, en nous bornant à la partie qui fait le sujet de cette thèse.

Le médecin n'a pas été consulté pendant la grossesse, on ne l'appelle qu'à l'époque du terme ou tout au début du travail : quelle conduite doit-il tenir à ce moment ?

Trois cas peuvent se poser :

1° Le fibrome est extra-pelvien, la filière génitale est libre ;

2° Le fibrome est proëvia, nettement intra-pelvien et dans l'impossibilité absolue de remonter ou de s'effacer, au point de laisser le passage pour le fœtus.

3° La filière pelvienne est incomplètement obstruée, mais peut-être est-elle libérable. Il y a doute et doute sérieux.

Pour chacun de ces cas, en outre, il faut tenir compte de la vie de l'enfant, de son volume, de sa présentation.

Dans la première hypothèse, la situation ne comporte, au point de vue de l'expulsion de l'enfant, que peu de risques imputables à la filière qu'il doit parcourir. Les complications peuvent provenir de la position du fœtus, de l'inertie utérine, de la chute du cordon, des hémorragies, toutes choses qui ressortissent aux difficultés ordinaires de l'accouchement.

La deuxième hypothèse est celle où la route n'est ni libre, ni libérable. Je veux dire par là que l'art n'arrivera ni à refouler, ni à extirper la masse obstruante. La voie basse nous est interdite. Il faut de toute nécessité recourir à la voie haute, à la voie abdominale, selon l'un des procédés que nous verrons plus loin.

Avec la troisième hypothèse, nous arrivons au nœud de la question. *Hic medici certant.*

La route n'est pas libre, mais n'est-elle pas libérable, soit par les forces de la nature soit par les ressources de l'art ? C'est le doute, c'est l'inconnu.

J'ai d'abord deux moyens à ma disposition : agrandir la filière ou diminuer le corps qui doit la traverser.

Si l'enfant est vivant, je m'interdis de le faire mourir. Sacrifier une existence dans un cas où j'ai le devoir de les protéger toutes deux, et où j'ai le moyen d'arriver par d'autres voies à ce résultat, ne me semble pas de bonne pratique, ni de bonne science. Si l'enfant est mort, cette considération n'a plus de valeur, mais il ne faut pas s'illusionner sur la facilité de ces sortes d'opérations

dans de pareilles circonstances, et il faut s'en souvenir au moment de prendre une décision.

Pour agrandir la filière, il n'y a que l'extirpation des masses proëvice qui puisse se discuter. Dans certains cas de fibromes, plus ou moins pédiculés ou saillants dans le vagin, on pourrait y penser; mais il faut là aussi se méfier des surprises et des complications terribles qui peuvent se présenter. Il faut être deux fois chirurgien pour se lancer dans ce tube étroit qu'est le vagin, et opération pour opération, je me demande si la voie abdominale, avec son grand jour, ses règles précises, n'est pas infiniment préférable, pour peu que l'on prévoie les difficultés.

Si ni l'une ni l'autre de ces deux méthodes n'est applicable, si l'on ne peut ni libérer le pelvis, ni agir sur le fœtus, dans des conditions normales, il ne reste plus que l'expectation plus ou moins armée qui s'en remet à la nature du soin d'en venir à bout, aidée de la main de l'accoucheur, ou l'intervention par la voie abdominale.

Voyons les raisons que l'on donne en faveur de chacune de ces façons de faire.

Je fais de l'expectation, dira le praticien, parce que je sais combien fréquemment la nature réussit, par ses efforts lents et continus, à faire passer le fœtus là où nous n'aurions jamais pensé qu'elle le put faire. C'est en effet exact, mais n'oublions pas que nous avons mis hors de cause les cas où les masses fibromateuses, selon toute apparence, se déplaceront heureusement; il ne faut re-

tenir que ceux où le doute est sérieux et alors, c'est tenter la fortune, avec cette chance contre soi, que l'expectation, l'attente de cet événement aléatoire, va épuiser la femme et la mettre dans de moins bonnes conditions pour l'intervention devenue nécessaire. L'expectation n'est donc justifiée que si les chances de déblaiement de la voie génitale sont sérieuses.

Je fais de l'expectation, dira encore le médecin parce que l'opération que vous proposez est dangereuse. Mais il est facile de comprendre que l'expectation aussi a ses dangers, pour l'enfant d'abord, puis pour la femme, dangers qui proviennent du travail lui-même et ensuite de la gravité de l'opération retardée, dangers qui doivent être mis au passif de l'attente.

J'attends enfin, parce que je ne suis pas dans des conditions à faire convenablement cette opération grave qu'est l'hystérectomie ou l'opération césarienne.

A cela, il faudrait répondre que, scientifiquement, cette objection n'a pas de valeur et qu'il faut étudier la question avec les éléments dont dispose la science à notre époque. Sous cette réserve, il faut avouer que pratiquement l'objection n'est pas à dédaigner. Pratique chirurgicale, aides, milieu, entourage, ressources matérielles, tout peut faire défaut à la fois et pourrait-on blâmer un médecin qui ne peut ni ne veut se lancer dans cette grande chirurgie où il court le risque de perdre sa malade et sa réputation ?

Ceci n'est plus de la médecine. C'est à celui qui a

assumé la charge de mener à bien l'accouchement, de mettre, par les mesures qu'il prendra, sa patiente dans les conditions les plus favorables pour atteindre ce but.

Mais voici la contre partie. J'opère, dira le Chirurgien parce que j'ai constaté que l'obstruction est marquée et que le dégagement me paraît plus que problématique.

Ma malade va s'infecter, se fatiguer. En opérant à temps, dès le début du travail, je me mets dans les meilleures conditions pour une opération que j'ai le loisir de préparer, sans hâte, comme un cas gynécologique ordinaire, dont les dangers sont réduits à leur minimum et sont peut être moindres que ceux dont l'expectation est responsable. J'opère, parce que je vais sauver la vie de l'enfant et que la femme sera débarrassée de ses fibromes, comme aussi du cauchemar de ses futures grossesses. J'ai pesé le pour et le contre, les probabilités sont largement pour moi.

Il est évident qu'il y a là un facteur important et qui échappe à l'analyse : le facteur personnel. Il intervient et dans l'appréciation des ressources de la nature et dans celle des ressources de l'art dont le médecin est à ce moment le représentant. Mais à mon sens et comme conclusion, dans les cas où il y a doute, il vaut mieux pencher vers la chirurgie, si l'on peut lui faire donner tout ce dont elle est actuellement capable.

Voici maintenant une autre situation : le travail est commencé et déjà avancé.

Le problème se simplifie, mais en même temps, la situation s'aggrave, si cette expectation ne fait pas constater le déblaiement de la voie génitale. Nous avons déjà vu que c'est la fatigue, l'infection possible, qui vont assombrir le pronostic.

Mais la décision à prendre est plus facile puisque l'on sait à quoi s'en tenir sur la libération plus ou moins spontanée de la filière.

Enfin, que le travail soit commencé ou non, si l'enfant est mort, il faudra répondre à cette question : La sténose que produit le fibrome pourra-t-elle être franchie par le fœtus, amoindri par la basiotripsie ou l'embryotomie ?

C'est donc encore là une question d'appréciation personnelle qui échappe aux règles générales. C'est une question d'espèce ; mais le médecin ne saurait oublier les difficultés et par suite les dangers de ces interventions.

Supposons maintenant l'intervention abdominale décidée ; trois méthodes s'imposent à notre choix.

A. — L'opération césarienne simple avec abandon de l'utérus dans l'abdomen.

B. — L'opération de Porro.

C. — Enfin l'enlèvement de l'utérus gravide en bloc comme une tumeur et l'extraction consécutive de l'enfant.

A. — L'opération césarienne simple peut n'être cependant pas toujours facile, si les fibromes sont situés sur la face antérieure ; mais, à part ce cas, elle est tout indiquée

au médecin qu'effraieraient les autres méthodes plus complètes, mais plus difficiles. Elle a contre elle, de laisser un utérus qui peut s'infecter; le péritoine peut s'infecter par les produits fœtaux amnios, mœconium. De plus, elle conserve les fibromes et la possibilité de nouvelles grossesses.

**B.** — L'opération de Porro, plus compliquée déjà, est aussi plus rationnelle. Elle supprime un foyer possible d'infection et débarrasse la femme de terribles perspectives.

**C.** — Enfin le procédé idéal serait l'enlèvement utérin avant toute incision de la cavité fœtale. On traite l'utérus gravide comme un utérus fibromateux simple que l'on enlève d'une pièce et d'où l'on extrait ensuite l'enfant.

Ce procédé ne serait applicable qu'entre les mains d'un chirurgien habitué aux opérations abdominales. Il exige de la rapidité et de la décision dans l'exécution, pour ne pas compromettre la vie de l'enfant. Il faudrait évidemment ouvrir les culs de sac avant de pincer les hiles latéraux; l'extirpation devrait être totale et non sus-cervicale, pour éviter d'ouvrir la cavité amniotique. L'emploi des pinces hémostatiques s'indiquerait de préférence aux ligatures à cause de la rapidité plus grande qu'elles donnent.

La disposition compliquée des masses fibromateuses dans le pelvis restreindra l'emploi de cette méthode.

Il en serait de même, si l'on constatait que l'enfant

périlclite et que toute prolongation de son séjour dans l'utérus lui serait funeste. Il faudrait alors aller à son secours au plus vite par la simple incision césarienne préalable.

M. le professeur Delassus est donc, lui aussi, partisan de l'opération radicale et, à l'appui de son opinion, il donne, comme les auteurs précédents, d'excellentes raisons. Quant à savoir s'il sera souvent prudent d'enlever en totalité l'utérus, sans en avoir préalablement retiré le fœtus, nous ne saurions le discuter ici, nous manquons pour cela de documents ; mais, en tous cas, la chose est assurément possible, puisque notre maître a mis ses théories en pratique, ainsi que le prouve son observation, et s'en est très bien trouvé. (Obs. xxvii).

Cette méthode, du moins, sera toujours la meilleure si le fœtus est mort.

Nous avons pu rencontrer dans la littérature médicale dix cas d'hystérectomies totales pratiquées sur des utérus fibromateux à terme ou près du terme nous les reproduisons dans le tableau suivant avec leurs auteurs et leurs résultats :

| <i>Opérateurs</i>        | <i>Femmes</i>                        | <i>Enfants</i>               |
|--------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| Fritsch, 1891.....       | Morte le 6 <sup>e</sup> j. s. fièvre | Mort                         |
| Guermoprez, 1895...      | Guérie                               | Vivant                       |
| Varnier et Delbet, 1896. | id.                                  | Mort                         |
| Mouchet, 1897.....       | id.                                  | M. 20 h. ap. nais.           |
| Riepi, 1897.....         | id.                                  | Mort                         |
| Gutierrez, 1898.....     | id.                                  | Vivant                       |
| —                        | id.                                  | id.                          |
| Boldt, 1898.....         | id.                                  | Mort le 11 <sup>e</sup> jour |
| Vautrin et Schull, 1899. | id.                                  | Mort                         |
| Delassus, 1899.....      | id.                                  | Vivant                       |

Voici donc un total de dix opérations avec neuf guérisons et une mort. Si l'on s'en tenait aux résultats apparents, la statistique, quoique bonne, laisserait encore à désirer ; mais pour être juste il faut noter que la malade de Fritsch qui était une éclamptique et qui est morte le sixième jour, sans fièvre, a dû de succomber beaucoup plus à son mal de Bright qu'à son opération. Et nous demeurons alors avec neuf opérations donnant neuf guérisons et une mortalité de 0 %.

Dans six de ces cas l'enfant était mort ou mourut peu de temps après ; mais tous les auteurs s'accordent de plus en plus à admettre qu'il faut intervenir à temps pour sauver la vie de l'enfant en même temps que celle de la mère.

Au total, nous avons donc pu recueillir trente-deux cas concernant notre sujet avec trente guérisons et deux morts ; cela donne une mortalité brute de 6,25 %. Mais nous nous croyons autorisé à en déduire le cas de Fritsch et nous demeurons avec une mortalité maternelle de 3,12 %. De tels résultats se passent de commentaires. D'autant plus que, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, la mort de la femme, dans le cas de Ross, peut prêter également à la discussion.

## CHAPITRE IV.

**Indications relatives tirées de la longueur du travail, de la possibilité de l'infection, de la crainte de l'hémorragie, etc....**

Nous ne pouvons dire ici rien d'absolu, et néanmoins ce chapitre nous paraît avoir une très grande importance. Il nous semble en effet que les motifs, qui ont conduit les opérateurs, précédemment cités, à une intervention radicale, retrouvent ici une partie de leur valeur, et que les mauvais résultats fournis par les méthodes d'expectation ou d'intervention partielle doivent pousser les accoucheurs dans une voie nouvelle et, par ce fait, élargir le domaine de l'hystérectomie abdominale totale.

Parlons d'abord de la longueur du travail. Elle est admise par tout le monde et il est prouvé que la dégénérescence fibromateuse en modifiant la contraction utérine, la rend moins énergique et moins efficace et

retarde par là même l'expulsion du fœtus et de ses annexes. Lefour, dans sa thèse d'agrégation, a recherché quelle avait été, d'une façon générale, la marche du travail dans les cas de fibromes et dans dix-huit cas où elle avait été notée, il a toujours vu le travail très laborieux. Nous lui empruntons les chiffres suivants : Dans 2 cas, le travail dura 2 jours ; dans 5 cas, 3 jours ; dans 2 cas, 4 jours ; dans 4 cas, 6 jours ; dans 1 cas, 7 jours ; dans 5 cas, l'accouchement fut impossible ; la malade de Mayor resta en travail 16 jours.

« Il est possible, ajoute Lefour, que dans ces cas ne soient compris que ceux qui ont causé une dystocie sérieuse pouvant inspirer de l'inquiétude à l'accoucheur ; néanmoins cette statistique montre à quel point le travail en se prolongeant peut compromettre la vie de l'enfant, voire même celle de la mère. »

Et ce n'est pas une vaine crainte qui fait redouter l'accouchement dans le cas de fibromes utérins. Le pronostic en est toujours grave, Lefour donne une femme morte sur 2.02 et un enfant mort sur 1.69.

Susserot donne 53 % de mort mat. et 66 % de mort fœtale.

|          |         |   |         |   |
|----------|---------|---|---------|---|
| Nauss    | 57 %    | — | 57 %    | — |
| Gusserow | 53.92 % | — | 66 %    | — |
| Stratz   | 53.8 %  | — | 58.33 % | — |

Stavely trouve une mortalité maternelle de 37 % dans le cas d'accouchement et 12 % dans le cas d'avortement.

L'infection peut se produire de même avec la plus

grande facilité. Il est fréquent d'observer une rupture prématurée de la poche des eaux et cet accident assombrit beaucoup le pronostic, surtout si le fœtus est mort et que son expulsion tarde à s'accomplir. L'utérus se trouve en effet alors, dans les meilleures conditions pour les résorptions septiques venant, soit du dehors par des touchers douteux et répétés, soit de la présence de l'enfant mort et même de quelques fibromes sous-muqueux pouvant subir déjà un début de nécrose.

A côté de l'infection, se place l'hémorragie comme accident possible et redoutable, et la littérature médicale contient le récit de plusieurs cas, où l'accoucheur vit la femme mourir entre ses mains d'une hémorragie ayant résisté à toutes les ressources de l'art. Cette hémorragie est fréquente dans le cas de fibromes utérins et cela se conçoit aisément, puisque l'utérus fatigué d'un travail prolongé a le plus souvent de l'inertie après la délivrance. La perte de sang est néanmoins rarement grave, au point de compromettre la vie de l'accouchée ; mais elle se présente quelquefois avec un caractère redoutable. D'un autre côté, l'accoucheur n'a pas le droit dans ces cas d'être tout à fait tranquille, en raison de la possibilité d'une hémorragie secondaire, laquelle se produit parfois plusieurs jours après l'accouchement.

Il nous reste à envisager le forceps, la version, la symphyséotomie et les opérations mutilatrices. Nous serons bref sur ce sujet parce que nous avons déjà eu l'occasion de montrer tous les *desiderata* que soulèvent

ces interventions. Pour le forceps, les statistiques réunies de Lefour, Susserot, Tarnier et Chabazian donnent une mortalité maternelle de 33 % et foétale de 53 %; pour la version, la mortalité maternelle et foétale est de 75 %. Nous pensons que la symphyséotomie ne trouve pas ici toutes ses indications, en raison de la difficulté, que rencontre l'accoucheur, d'établir le rétrécissement exact.

Quant aux opérations mutilatrices, elles donnent des résultats déplorable, même sur les enfants morts.

On nous objectera sans doute, qu'après avoir battu en brèche toutes ces méthodes, nous n'avons pas l'intention de les remplacer par l'hystérectomie abdominale totale à outrance. Loin de nous cette pensée en effet. Mais nous avons pu nous convaincre en lisant certaines observations que, dans quelques cas, les demi-mesures n'avaient pas abouti, et qu'après avoir laissé la femme souffrir et se fatiguer pendant très longtemps, il avait fallu recourir à des mesures plus radicales avec de mauvais résultats. Nous n'en prendrons pour exemple que l'observation de MM. Vautrin et Schull qui sauvèrent la femme, mais ne purent avoir l'enfant vivant, parce que l'intervention avait été trop tardive.

Nous ne voudrions pas discuter la conduite de ces deux chirurgiens, si eux-mêmes ne se chargeaient de répondre pour nous. Qu'il nous suffise de citer les réflexions qui font suite à leur observation de 1899. « On a tout lieu de penser que, devant l'inocuité de l'hystérectomie abdominale totale obstétricale, il ne faut plus

aujourd'hui pratiquer l'expectation à outrance dans les cas difficiles. Si l'on met en balance les inconvénients qui résultent de cette expectation : la mort de l'enfant, la prolongation du travail, l'infection qui peut en résulter, l'épuisement de la mère et d'autre part les dangers bien réduits de l'hystérectomie abdominale totale, on est amené à conclure en faveur de l'indication de plus en plus légitime et de plus en plus fréquente de l'intervention chirurgicale. »

Et plus loin : « Pour que l'hystérectomie abdominale totale puisse donner tous ses fruits, il est bon de ne pas trop attendre et à notre avis elle devrait être pratiquée assez tôt pour sauver la mère et l'enfant. D'ailleurs, sauver la mère, en faisant l'hystérectomie abdominale totale, c'est lui rendre définitivement la santé ; tandis que la livrer aux chances d'un accouchement spontané et problématique, c'est reculer l'échéance d'une hystérectomie ultérieure, qui pourrait s'exécuter dans des conditions plus mauvaises. »

Nous sommes donc porté à croire, sans vouloir poser des règles d'intervention absolues, que, dans certains cas où le fœtus souffre, où les membranes sont rompues depuis longtemps, où le travail menace de se prolonger outre mesure, où l'on craint de ne pas aboutir facilement par le forceps ou la version, l'hystérectomie abdominale totale obstétricale trouve ses indications ou du moins, peut être discutée et mise en parallèle avec les autres interventions.

Le chirurgien ne se résoudra pas toujours à une opération radicale, soit qu'il envisage l'hystérectomie comme un pis-aller, soit qu'il compte sur les forces de la nature ; mais nous avons cru faire œuvre utile en groupant en un seul travail les résultats épars des opérations de ce genre pratiquées depuis dix ans. Nous espérons que l'hystérectomie totale qui, depuis quelques années surtout, a donné de si brillants résultats dans le traitement des fibromes utérins seuls, donnera également les mêmes résultats dans le traitement des fibromes compliqués de grossesse. Et pour peu que ceux-ci soient une cause sérieuse de dystocie, l'opération serait à notre avis plus indiquée dans le dernier cas que dans le premier, parce qu'alors, si la femme est à terme ou près du terme, le chirurgien a non-seulement des chances de sauver la mère mais aussi la grande satisfaction de lui donner un enfant vivant, s'il a opéré en temps voulu, et cette considération, nous semble-t-il, doit peser d'un grand poids dans sa détermination.

Notre opinion, d'ailleurs, est qu'on ne doit pas opérer à la légère et sans avoir mis toutes les chances de son côté, c'est-à-dire sans avoir pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires et sans être rompu à la chirurgie abdominale ; car sans ces conditions ainsi que le fait remarquer M. Monprofit, on s'expose à des désastres. Il faudra donc que l'accoucheur, qui se trouve en présence d'une femme en travail, avec un fibrome obstruant le bassin, ou d'une femme dont les efforts n'aboutissent pas

à faire avancer le travail, en raison d'une dégénérescence fibromateuse de l'utérus, sache à quels dangers cette femme est exposée et quelles ressources merveilleuses lui offre alors l'intervention par l'abdomen, soit qu'il opère lui-même, soit qu'il mande un confrère plus familiarisé avec la pratique chirurgicale. Qu'il nous suffise de rappeler, à cette occasion, l'hystérectomie que fit M. Guermonprez sur une table d'auberge et dont le résultat fut la survie de la mère et de l'enfant.

## CHAPITRE V.

### Observations

#### I

Martin (*Zeitsch. Geb. u Gyn.* t. xx, p. 109.)

Femme de 37 ans, un avortement antérieur. Volumineux myôme du corps, et 2 myômes du col de la grosseur d'un œuf de poule. Grossesse de 4 mois. Symptômes graves de compression empêchant l'expectation jusqu'à viabilité du fœtus. Laparotomie, énucléation des fibromes jugée impossible, sans ouverture de la cavité utérine. Extirpation abdominale totale. Durée 33 minutes. Drainage vaginal, (novembre 1888.) La femme sort guérie le trente-troisième jour.

#### II

Martin (*id.*)

Femme de 28 ans. Laparotomie il y a un an, pour tumeur ovarienne. Grossesse de 3 à 4 mois compliquée de tumeur intra-

ligamentaire gauche polykystique, une fois plus grosse qu'une tête d'enfant. Laparotomie et extirpation totale de l'utérus. Drainage par le vagin. (décembre 1889.) La femme sort guérie le treizième jour.

### III

Lannelongue (*Soc. d'obst. et de Gynn. de Bordeaux*)

Femme de 36 ans. Enorme tumeur fibreuse du fond de l'utérus. Grossesse de 4 mois non soupçonnée. Hystérectomie abdominale totale par le procédé de Guermonprez. La femme est en bon état le 10<sup>e</sup> jour, lors de la présentation. (juillet 1892.)

### IV

Ross. — *Hystérectomie totale pour mon second cas de grossesse compliquée de tumeur fibreuse. (american journal of obstétric, 1893.)*

Le 4 Mars 1892, une dame vint me consulter dans mon cabinet, au sujet d'une tumeur du bas-ventre. Elle avait 40 ans, était mariée depuis onze mois, et n'avait jamais été enceinte. Elle jouissait d'une bonne santé, et ses antécédents héréditaires étaient bons. Les règles avaient cessé le 12 décembre 1891 et n'avaient pas reparu; elles étaient ainsi supprimées depuis 3 mois environ. La dernière menstruation avait été abondante, accompagnée de caillots et d'une durée de 4 à 5 jours. Pas de pertes entre les règles.

Elle avait remarqué pour la première fois une tumeur, en novembre 1891, juste un mois avant la dernière menstruation. Elle souffrait seulement en se courbant en avant. La masse avait augmenté de volume, quand elle fut remarquée pour la première fois elle était mobile de gauche à droite sans douleur, et était grosse à peu près comme un œuf de poule. Elle n'avai<sup>t</sup>

jamais été douloureuse jusqu'à il y a quelques jours, où la malade éprouva un léger malaise en se couchant sur le côté gauche. Quand je la vis, la tumeur avait environ la grosseur d'une tête de fœtus. Pensant à une grossesse probable, je n'employai pas d'hystéromètre et il fut difficile, sans anesthésie, de déterminer la position exacte du fond de l'utérus. Mon diagnostic fut indécis à cette époque, entre autre tumeur ovarienne multiloculaire et tumeur fibreuse, l'une et l'autre coexistant probablement avec une grossesse.

La malade fut reçue à l'hôpital par mes soins, pour un examen ultérieur. Comme elle souffrait d'une toux très opiniâtre et en était incommodée, je lui conseillai de rentrer chez elle et de revenir quand elle irait mieux. Ainsi fut fait. Elle revint deux semaines plus tard.

La tumeur avait augmenté rapidement de volume et je conclus à l'opportunité de la laparotomie. C'est pourquoi la malade fut préparée, mais un télégramme arriva, annonçant que sa sœur était gravement malade et elle se décida à partir de nouveau.

A son retour, on pouvait sentir un sillon profond entre les deux masses, l'une étant vers le côté droit du bassin, l'autre pressant sur le bord inférieur des côtes du côté gauche. Cette pression contre les côtes causait un grand malaise, et l'examen de la photographie de la tumeur montre combien elle pouvait gêner par sa pression, le diaphragme, l'estomac et le cœur.

Au moment où je me préparais, pour la troisième fois, à opérer, la patiente retourna de nouveau chez elle, après la mort et l'enterrement de sa parente.

J'opérai le 20 avril; à l'ouverture de l'abdomen, je trouvai une tumeur grosse et résistante, comprimée en haut sous les côtes à gauche et une autre tumeur, couvertes de nodules, dans le bassin et vers le côté droit de la partie inférieure de l'abdomen. Cette dernière parût être l'utérus gravide. Je l'examinai ensuite à travers le vagin, et avec la main abdominale et je conclus que c'était un cas de tumeur fibreuse s'accroissant

sur le côté gauche du fond de l'utérus gravide de 4 mois à 4 mois et demi. J'enfonçai un tire-bouchon et sortis la tumeur et l'utérus, j'eliai les ligaments larges de chaque côté, je placai une pince sur le fil et enlevai ainsi la tumeur. J'avais alors passé la sonde d'Eastman dans le vagin et je fendis sur elle le cul-de-sac de Douglas. Je passai alors un doigt dans le vagin l'index gauche, et commençai à suturer et à couper le tissu inter abdomino-vaginal entourant le col. Par ce moyen, j'enlevai l'utérus entier, je saisis alors les ligatures ensemble avec une pince passée par le vagin, et les attirai en bas avec une mèche tordue de gaze iodoformée. La gaze iodoformée et les sutures furent ainsi pendantes dans le vagin et les surfaces séreuses du péritoine entourant l'ouverture furent rapprochées par le froncement du trou qu'avait occupé le col.

Les jours suivants la malade alla bien. A quelque temps de là, comme je devais quitter mon domicile, et quelle se trouvait si bien, je l'autorisai à se lever. Elle se leva le jour suivant, et se trouva bien jusqu'au 23 mai. Ce jour là, elle se trouva bien jusqu'à midi, quand elle se plaignit tout à coup d'une violente douleur épigastrique. Comme j'avais quitté la ville, elle fut visitée par un de mes confrères, qui calma la douleur par des opiacés, un vomitif et un purgatif.

Le diagnostic d'obstruction intestinale fut porté et en mon absence, mes amis refusèrent de pratiquer une intervention opératoire. La femme mourut et on trouva à l'autopsie une petite portion d'intestin adhérente à l'incision abdominale sous le côté de l'épiploon et une autre était allée s'étrangler entre la paroi et cette partie adhérente.

V

*Un cas de myôme de l'utérus avec grossesse de six mois. —  
Extirpation totale de l'utérus et de la tumeur. — Guérison ;  
Par Murdoch Cameron, professeur de gynécologie et d'obst.  
à l'université de Glasgow. — (British medical Journal.  
décembre 1895.)*

Le cas suivant est intéressant, par le rapide développement des tumeurs pendant la grossesse et l'obstruction presque complète du canal pelvi-génital causée par elles.

M<sup>lle</sup> C..., 36 ans, fut reçue par mes soins à Western Infirmary, le 16 juillet 1895 se plaignant d'une grande distension de l'abdomen. La malade se considérait comme enceinte de 5 mois, mais comme son ventre était distendu, elle me consulta sur sa situation.

Elle m'apprit qu'elle avait toujours joui de la meilleure santé jusqu'au printemps de cette année, que ses règles qui, avaient paru à l'âge de quinze ans, avaient toujours été normales et régulières jusqu'en 1895 ; qu'elle était mariée depuis deux ans et qu'elle n'avait pas eu d'enfant ni fait de fausse couche. Il y a environ huit ans, la malade remarqua pour la première fois, et tout a fait par hasard, une tumeur dans sa région iliaque gauche. Cette tumeur avait à peu près la grosseur d'un œuf de poule, quand elle la sentit pour la première fois. Pendant un mois ou deux elle grossit légèrement, puis cessa d'augmenter jusqu'à ce qu'elle devint enceinte, à la fin de février ; le 19 février elle fut réglée pour la dernière fois. Trois ou quatre semaines plus tard elle commença à avoir des nausées et vers le milieu de juin elle sentit pour la première fois les mouvements du fœtus. Elle était très heureuse d'être enceinte ; mais aussi, elle était inquiétée par ce fait, que son ventre grossissait si rapidement. Ce fut cependant six ou sept semaines avant son

admission à l'hôpital, que la distension sembla se produire plus rapidement.

Au moment de l'admission, l'état général n'était pas très satisfaisant. Elle avait un œdème considérable des jambes et des cuisses, mais pas d'ascite apparente. Il y avait un peu de dyspnée. Les muqueuses étaient bien colorées. Elle urinait facilement mais avait été très constipée. Rien d'anormal aux poumons et au cœur. On pouvait faire sourdre du liquide des deux seins. Le ventre était très distendu et présentait l'apparence d'une grossesse à terme. Il mesurait 94 centimètres au niveau de l'ombilic. En palpant les tumeurs abdominales on sentait une partie arrondie, unie, saillante et dure dans le côté gauche. Elle traversait la ligne médiane et se continuait avec une tumeur située dans le côté droit, mais en était séparée cependant par un sillon. Cette tumeur, située à droite, avait une consistance élastique, mais on pouvait sentir deux ou trois nodules arrondis et durs sur sa face antérieure. Le souffle utérin était perceptible, mais on ne put reconnaître les bruits du cœur fœtal.

Au toucher, on sentait toute la cavité du petit bassin remplie par une tumeur dure, fortement enclavée dans l'excavation, et se continuant avec la tumeur précédente. Cette tumeur fermait si complètement le pelvis en haut, que l'index ne put être que difficilement passé entre elle et le vagin. L'utérus parut être très remonté, à ce point que le doigt vaginal ne put sentir l'orifice externe.

Le 19 juillet la patiente fut examinée sous le chloroforme, mais il ne fut pas possible d'aller plus loin.

Le 22 juillet, laparotomie. A l'ouverture du ventre, je trouve une grosse tumeur irrégulière, formée à gauche par un myome interstitiel, à droite par l'utérus distendu. De plus, il y avait plusieurs myômes sous-péritonéaux, variant de la grosseur d'une noix à celle d'une orange, implantés sur les parois supérieure et postérieure de l'utérus. Ayant fait une incision sur la

paroi antérieure, j'enlevai un fœtus de 5 mois ; il était parfaitement conformé et sa mort était évidemment récente.

Le placenta était bien développé et fut facilement détaché. Une ligature élastique fut passée autour de l'utérus et des tumeurs, aussi près que possible du col, et bien fixées, puis l'utérus et les tumeurs furent enlevées. Les artères utérines et ovariennes furent ensuite aisément recherchées et liées. Les ovaires et les trompes furent également enlevés. La tumeur qui fermait le petit bassin fut extraite avec peine, à cause de son enclavement et de ses adhérences. Après énucléation de cette tumeur, il ne resta plus que le col, qui fut également séparé de ses connexions. Le péritoine fut fixé tout autour de la muqueuse vaginale avec du catgut, puis attiré dans le canal vaginal à l'aide d'une longue pince introduite dans le ventre par le vagin. La cavité abdominale fut alors fermée avec des sutures à la soie. Je ne mis aucun drain.

Les parties enlevées pesaient 27 livres.

La malade guérit très bien ; après une légère élévation thermique, la température tomba à la normale, quand les sutures furent tombées du vagin du dixième au douzième jour. Elle sortit de l'hôpital la septième semaine, parfaitement guérie.

## VI

Kufferath. — (*Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'Obst.*)

Femme de 30 ans, tertipare. Enorme tumeur fibreuse du corps de l'utérus, dépassant l'ombilic de plusieurs travers de doigts, et compliquée de grossesse de trois mois et demi à quatre mois. Vives douleurs, troubles vésicaux et rectaux, vomissements graves. Laparotomie suivie d'hystérectomie totale. La femme est en bon état le douzième jour, lors de la présentation. (Bruxelles 1896.)

## VII

Monod. (*Bull. de la Soc. Anat.*)

Femme de 39 ans, multipare. Arrêt des règles depuis 4 mois. Fibromes utérins à marche rapide dépassant l'ombilic. Hystérectomie abdominale totale. Grossesse de 4 mois, non soupçonnée, hydramnios. La femme sort guérie. (1896.)

## VIII

Guillaume. — (*Bull. de la Soc. belge de gyn.  
et d'Obst.* (1896.))

Hystérectomie addominale totale pour fibromes compliqués de grossesse avant le septième mois, guérison de la femme.

## IX

Demons, de Bordeaux. (12<sup>e</sup> Congrès de Chir.)

Femme de 28 ans, enceinte de 5 mois, opération formellement indiquée par les douleurs très vives, persistantes, dans le ventre, des signes de compression de la vessie et du rectum, amaigrissement progressif, ascite. La tumeur, interstitielle, volumineuse, occupait le fond de l'utérus. Au-dessous d'elle, la matrice très distendue, comme prête à se rompre, donnait tout à fait la sensation d'une tumeur kystique.

L'hystérectomie abdominale totale a été très facile et suivie d'une guérison complète.

X

Du même auteur.

La seconde malade âgée de 35 ans, multipare, était enceinte de deux mois et demi seulement. L'opération, vivement réclamée par la malade, d'abord refusée, fut pratiquée à cause de la présence, à gauche du fibrome, d'une tumeur fluctuante qui fut prise pour un kyste tubaire ovarien à développement inquiétant. C'était simplement l'utérus distendu, comme chez la première malade, avec des parois très minces. L'opération fut également facile et le résultat définitif excellent.

On est en droit de se demander cependant si la grossesse n'aurait pas pu continuer la route sans accident. Cette réserve est appuyée par l'observation d'une troisième femme [qui, se trouvant dans les mêmes conditions, ne fut cependant pas opérée et parvint à accoucher spontanément et à terme d'un enfant vivant.

XI

Cannegisser. (*Soc. d'accouch. et de gyn. de St-Petersbourg.*  
*Wrath.*)

Utérus gravide de 3 mois, grossesse diagnostiquée. La laparotomie est faite dans le but d'énucléer un fibrome enclavé dans le petit bassin ; mais l'utérus ayant été trouvé envahi, l'hystérectomie abdominale dût être faite. La femme sortit guérie. (1898).

## XII

Tissier, de Paris. — *Utérus fibromateux gravide. — Avortement. — Menace d'infection. — Hystérectomie. — Présentation de pièce.* (Société d'obstétrique de Paris, 1898).

B..., 38 ans, sans antécédents héréditaires importants, bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Rougeole dans l'enfance.

Mariée une première fois pendant 14 ans sans grossesse. Puis, devenue veuve, s'est remariée au mois de juillet dernier et, pour la première fois de sa vie, a vu les règles manquer au milieu de novembre. Dernière règles du 10 au 14 octobre. Comme, peu après, des troubles gastriques insolites, d'intensité légère, apparaissaient, et comme, en même temps, il semblait que le ventre grossissait, notre femme ne douta pas qu'elle fut enceinte.

Le mois de novembre se passa bien, ainsi que décembre, jusqu'au 18 ou 19. A cette époque, petites hémorragies vaginales répétées, la malade avait seulement remarqué, depuis une quinzaine de jours, la difficulté des rapports conjugaux, qui, très normaux jusque-là, ne s'accomplissaient plus qu'incomplètement. Nous en verrons plus loin la cause.

L'hémorrhagie s'accrut subitement le 24 décembre et devenue tout à coup très abondante, avec douleurs abdominales, elle décida la malade à se rendre dans notre service au milieu de la nuit, le 25, à 3 h. 1/2 du matin.

A l'examen : femme anémiée avec pouls fréquent sans fièvre ; membres inférieurs légèrement variqueux, le côté gauche très œdématisé, le droit à peine enflé. Cet œdème ne serait considérable que depuis les derniers jours. Pas d'albumine, poumons et cœur sains.

Ventre hors de proportion avec une grossesse de cinq à six semaines. La paroi est soulevée par une tumeur irrégulière et bosselée que l'on reconnaît à la vue. A la palpation, cette

tumeur est composée de plusieurs portions réunies et formant une masse qui remonte au-dessus de l'ombilic et se confond, en bas, en un large pédicule qui descend derrière le pubis ; elle n'est pas fixée absolument mais peu mobilisable. Consistance uniformément dure. Mate et non fluctuante. Ces investigations sont indolores ; la paroi abdominale est mobile sur la tumeur ; la peau n'a subi aucune altération, ni changement de couleur, ni vascularisation anormale. Enfin, l'indépendance est certaine vis-à-vis du foie, des reins et de la rate.

Au toucher, tout de suite au-dessus de la vulve, le doigt bute sur une tumeur dure, hémisphérique, remplissant toute l'excavation. Cette tumeur, enclavée dans le canal pelvien, recouverte par la muqueuse vaginale, n'est pas refoulable ni déplaçable ; elle communique évidemment avec la masse sus-pubienne. Le doigt, passé en arrière, est aussitôt arrêté par le cul-de-sac ; en avant, au contraire, il peut difficilement s'engager au prix d'une forte compression, dans un chenal extrêmement aplati et très allongé, qui mène au-dessus du pubis sur une portion qui semble être un col ramolli d'utérus gravide, légèrement béant, occupé par quelques débris de caillots,

L'exploration rectale fait constater en avant de l'intestin la présence d'une tumeur dure, arrondie, lisse, occupant le pelvis : *fibrome utérin multilobé*, avec prolongement enclavé dans le petit bassin comprimant les vaisseaux iliaques et causant l'œdème. *Utérus très vraisemblablement gravide* (grossesse de 6 semaines.)

Quant à la place de l'utérus, par rapport à la tumeur, il était plus difficile de se prononcer. Le palper minutieux de la région hypogastrique ne laisse soupçonner nulle part la présence du corps de l'utérus ; partout c'est la résistance uniforme de la masse fibreuse.

Enfin, cette femme enceinte est en imminence d'avortement, et l'on peut considérer que l'évacuation du produit ovulaire par les voies naturelles est impossible. Dans ces conditions, la putréfaction intra-utérine, dans un temps plus ou moins éloigné, est presque fatale.

Le fibrome, insoupçonné depuis fort longtemps, a subi sans doute un accroissement énorme dès le début et du fait de la grossesse : le prolongement inférieur, en se développant, s'est engagé au-dessous de la ligne innommée et s'est enclavé assez récemment, à croire ce que nous dit la patiente relativement aux rapprochements sexuels.

Le docteur Bar voulut bien examiner la malade et tomba d'accord avec nous sur ce point : 1° que le refoulement de la tumeur était impossible : 2° quel'espoir de voir, sous les efforts utérins, le canal pelvien se désobstruer, pour permettre l'expulsion de l'œuf ou seulement les lavages détersifs intra-utérins, était illusoire ; que, l'expectation était dès lors grave imprudence.

Une seule conduite est possible, étant donné le volume de la masse fibreuse : l'intervention par la voie abdominale et l'ablation, totale ou partielle, selon les circonstances, des masses fibreuses et de l'utérus.

L'intervention immédiate n'étant pas nécessaire ; pendant quelques jours on désinfecta la malade et on la fortifia.

Pendant les quatre premiers jours il y eut quelques douleurs lombaires et quelques contractions utérines ; pas d'hémorragie, mais, le 28 et 29, suintement vaginal rouge noirâtre, qui, sans être fétide, prit un peu d'odeur. Le 27, température 39°, le matin du 28 à 37°4, et le soir à 38°4, le matin du 29 à 37°6 et le soir à 39°4. On ne pouvait plus attendre, et l'opération fut pratiquée, avec l'assistance et la participation active, on ne peut plus précieuse pour nous, du Dr Ricard, le 30 décembre à 11 heures du matin. La température était encore ce matin de 38°.

Je passe rapidement sur détails opératoires.

Ouverture du ventre dans la position inclinée. Mise à nu du fibrome au milieu duquel l'utérus est confondu. Pas d'adhérences de voisinage. La tumeur fortement portée en avant, fait, par bascule, désenclaver le fibrome pelvien. La vessie est décollée et refoulée bas ; le bord supérieur du ligament large

gauche, sectionné et pincé avec ligature des vaisseaux ovariens; le ligament ouvert permet d'arriver tout droit sur l'utérine qui est liée.

Même opération du côté droit et section transversale du vagin à son insertion sur le col, avec taille oblique du col.

Le canal cervico-vaginal est lavé avec la solution forte d'acide phénique, suturé au catgut, recouvert par les lambeaux péritonéaux antérieur et postérieur qui sont suturés à leur tour.

Suture de la paroi abdominale au crin de Florence.

La température ne dépassa jamais 37° sauf le lendemain soir où elle monta à 38°.

Il n'y eut aucun incident, sauf une petite hernie épiploïque qui fut cautérisée.

Le septième jour les fils furent enlevés, le vingt-et-unième premier lever; à la quatrième semaine, la malade sortait guérie.

La pièce se compose de trois fibromes, le tout pesant 3 kg 135.

La cavité utérine mesurait 13 centimètres de hauteur.

Le col est situé à 12 centimètres au-dessus de l'extrémité du prolongement fibromateux intra-pelvien. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique 1898*).

### XIII

Brewis. — *Hystérectomie totale sur un utérus gravide. Société obstétricale d'Edimbourg, mai 1898.*

Le Dr Brewis lit une note sur un cas d'ablation totale d'un utérus gravide de 4 mois pour accroissement rapide du volume des fibromes préexistants. La malade, quand elle fut examinée, n'était plus réglée depuis 4 mois et présentait une tumeur abdominale ayant rapidement augmenté. On trouva à l'opération qu'il s'agissait d'une grosse tumeur fibro kystique pesant dix livres, rattachée à l'utérus par un pédicule. L'utérus était gros comme un utérus gravide de 4 mois, mais comme il conte-

nait aussi des fibromes qui pouvaient provoquer des troubles plus tard, l'organe fut enlevé en entier. Les ligaments larges furent liés et coupés au-dessous des ligaments ronds ; le péritoine fut incisé, la vessie libérée, un lien passé autour du col et tout fut enlevé. Des pinces furent alors placées de chaque côté du col par le vagin et le col fut enlevé. De la gaze fut placée dans le vagin et entre les pinces et le péritoine fut cousu au-dessus de la gaze et des pinces. La malade guérit parfaitement. (*Compte rendu donné par le British medical journal, mai 1898.*)

#### XIV

Cordemans (Société belge de gyn. et d'obst. ) — *Uncas d'hystérectomie abdominale totale pour fibrome compliqué de grossesse. 1898.*

Femme de 24 ans, réglée à 13 ans, règles douloureuses, abondantes, durant 8 jours. Il y a 2 ans, accouchement spontané d'un enfant vivant et à terme. Il y a un an, avortement à 2 mois ayant amené une grande perte de sang. Dernières règles le 15 mai 1898.

Le 18 août, hémorragie abondante pendant 3 heures.

Le début de l'affection remonte à 3 mois, caractérisé par des douleurs abdominales s'irradiant dans la cuisse gauche, de la constipation, des mictions plus fréquentes et pénibles, des malaises à certains moments de la journée, quelques vomissements bilieux et une augmentation du volume de l'abdomen et des seins.

A l'examen, le col est dilaté, mou, violacé, permettant l'introduction de l'index. Il s'écoule par l'orifice externe un liquide purulent, de coloration jaune brun. L'utérus est volumineux, mou, il donne la sensation d'un contenu liquide ; on trouve une tumeur dure, globuleuse, siégeant vers le fond de l'organe. Je pose le diagnostic de grossesse développée dans un utérus

contenant des fibrones interstitiels, avec menace d'avortement et début d'infection. Depuis son entrée à l'hôpital, en effet, la malade avait eu quelques frissons : la température oscillait entre 36°,6 et 39°,2 ; de plus, l'écoulement vaginal ne laissait aucun doute.

Après désinfection, je pratiquai l'hystérectomie abdominale totale « procédé américain ». Les suites de cette opération furent absolument normales, et la malade, opérée le 3 septembre, quitta le service complètement guérie le 21 septembre.

## XV

Finet.—*Hystérectomie abdominale totale pour grossesse compliquée de fibromes.* (*Bulletin de la Société Anatomique.* 1898)

Il s'agissait d'une femme de 36 ans, n'ayant jamais eu ni grossesse, ni fausse couche, ni métrorrhagie. Régliée normalement jusqu'en avril 1897, ayant eu depuis des pertes irrégulières, parfois insignifiantes, quelquefois assez inquiétantes.

Au mois de juin en particulier, elle eut une hémorragie très abondante pour laquelle on dut appeler le docteur Lavergne. Des symptômes fonctionnels, migraine, vomissements, dégoût des aliments, modifications des seins se joignant à l'augmentation de volume du ventre, firent penser à l'existence d'une grossesse.

D'autre part, cet accroissement de volume du ventre, hors de pair avec l'âge présumé de la grossesse, les hémorragies répétées, l'état multilobé de la tumeur abdominale et surtout l'existence dans le cul-de-sac postérieur d'une tumeur volumineuse remplissant le petit bassin, refoulant en haut, en avant et à droite le col devenu presque inaccessible, trop élevé en en tout cas pour que le doigt put se rendre compte des modifications subies, firent penser à une grossesse compliquée. Cependant la malade n'a jamais ressenti les mouvements actifs du fœtus.

Le 18 septembre, on la conduit à l'hôpital Saint-Antoine où le Dr Arrou, remplaçant M. Monod, veut bien l'examiner complètement. Son diagnostic fut : *tumeur solide de l'ovaire*, éliminant complètement l'idée de grossesse.

L'opération fut pratiquée le 27 septembre, à l'hôpital admirablement aménagé de Beaumont-sur-Oise, en présence des Dr Augot, Adonesky, Mauberthier, avec l'aide de MM. Mayer et Lavergne.

Le ventre ouvert, on constate l'existence de deux gros fibromes situés à droite et en avant, masquant dans une certaine mesure une troisième tumeur, de consistance molle et fluctuante, qui n'est autre que l'utérus gravide et d'un troisième gros fibrome implanté largement sur le segment intermédiaire tellement enclavé dans le bassin, que dans l'éviscération de la tumeur abdominale, une déchirure se produisit en arrière, au point d'implantation du fibrome pelvien : on dut pour arrêter l'hémorragie faire un pédicule au-dessus du fibrome pelvien et enlever séparément les fibromes abdominaux et l'utérus gravide.

Pour enlever le reste de la tumeur, le cul-de-sac antérieur seul étant accessible, c'est par lui qu'il fallut commencer la manœuvre.

La malade quitta l'hôpital en parfait état un mois après l'opération.

## XVI

Monprofit, d'Angers. (*Revue de gynécologique et de chirurgie abdominale. 1899.*)

M<sup>me</sup> X., âgée de 42 ans, excellente constitution, a été réglée à 13 ans, et bien régulièrement jusqu'en 1893. Le 20 octobre 1893, abondante métrorrhagie qui cesse au bout de huit jours et à laquelle succède un écoulement qui pendant 6 mois

n'a pas cessé. L'examen de l'abdomen, pratiqué à ce moment, (octobre 1893) n'aurait révélé aucune tumeur.

En avril 1894, on constate la présence d'une tumeur abdominale, régulière, de consistance ferme, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Cette tumeur est mobile dans le sens transversal.

Le toucher vaginal dénote, en avant et en arrière, une tuméfaction appartenant à la matrice, dure, non douloureuse. Le col, gros, est comme enfoui entre ces deux tuméfactions. Le toucher rectal dénote aussi une tumeur lisse résistante qui presse sur le rectum aussi loin que le doigt peut atteindre. Il s'agit en somme d'un fibrome utérin type; l'ablation est proposée et non acceptée.

On conseille alors le repos, les préparations d'ergotine et d'hydrastine; pendant deux ans, rien de bien intéressant à noter si ce n'est trois hémorragies très abondantes qui ont cédé aux traitements médicaux habituels. En outre, à plusieurs reprises, sont survenues des coliques hépatiques avec ictère, la vésicule a été distendue et douloureuse, puis est redevenue normale.

En mars 1896, je suis appelé à voir la malade et je conseille l'ablation du fibrome, mais la malade s'y refuse encore.

La tumeur augmente progressivement de volume: en janvier 1897, elle a atteint l'ombilic. En mars 1897, suppression des règles qui fait croire à la ménopause, mais au bout d'un mois surviennent des nausées et des vomissements de plus en plus fréquents.

A la fin d'avril, l'utérus s'est développé surtout dans la partie supérieure droite; on trouve là une tumeur rénitente, dont les contours supérieurs sont nets et qui se perd de façon insensible sur l'utérus dont le niveau gauche est à la hauteur de l'ombilic.

A la fin de mai, les vomissements sont incessants et de plus en plus graves, la malade ne peut plus supporter aucun aliment et s'amaigrit rapidement.

La tumeur utérine se perd à droite sous le foie ; à gauche elle dépasse l'ombilic et se rapproche des fausses côtes. Le ventre est saillant et douloureux, la masse intestinale est refoulée à gauche et en arrière. Les seins sont développés et présentent les modifications dues à la conception. Le diagnostic de grossesse compliquant le fibrome paraît probable. Nous voyons la malade avec M. Monprofit qui partage le même avis et qui propose l'intervention devant l'affaiblissement et l'amaigrissement progressifs de la malade.

Intervention le 11 juin 1897. — Hystérectomie abdominale totale, extraction de l'utérus en son entier, sans ouverture du kyste fœtal qui est bien situé à droite. Extraction du col par le cul-de-sac postérieur, par le procédé de Doyen, hémostase progressive au moyen de pinces hémostatiques placées sur les ovariennes et les utérines au moment de les sectionner. Extraction rapide et perte de sang insignifiante.

Ligature à la soie, fermeture du vagin, suture en surjet du péritoine, pas de drainage.

Guérison très rapide et très simple. La malade peut rentrer chez elle le 26 juin, deux semaines après l'intervention ; depuis lors, son état de santé est demeuré parfait.

## XVII

Du même auteur.

M<sup>me</sup> G., âgée de 36 ans, entre dans mon service le 12 août 1897, pour une tumeur abdominale. Régliée à 13 ans, toujours régulièrement ; deux grossesses ; première grossesse normale en 1888, fille vivante bien portante.

Deuxième grossesse deux ans après ; avortement à trois mois s'accomplissant d'une violente hémorragie puis de fièvre. Assez long séjour au lit, à la suite faiblesse prolongée.

Depuis quelques mois, le malade éprouve de la peine à uri-

ner. Au mois de décembre 1896, la difficulté devient absolue : en même temps, apparaît de l'œdème des membres inférieurs jusqu'à mi-corps avec douleurs dans les reins. Cette crise dure sept à huit semaines.

Depuis quatre mois la malade s'aperçoit d'une grosseur dans la partie inférieure du ventre, grosseur qui augmente rapidement de volume.

Les règles ont été normales jusqu'au 5 juin dernier. Depuis, elles ont disparu. La malade se plaint de douleurs lombaires et anales. Les urines sont normales, l'appétit est conservé, la santé générale est assez bonne.

A l'examen de l'abdomen, on constate la présence d'une tumeur faisant corps avec l'utérus et remontant jusqu'à l'ombilic, très mobile latéralement. Cette tumeur, dure et assez régulière, semble formée de deux masses principales dont la supérieure, arrondie, est très superficielle.

Au toucher vaginal, on trouve le col largement ouvert, le cul-de-sac antérieur est libre et profond, le postérieur est effacé et rempli par deux masses dures, arrondies, séparées par un sillon. En appuyant fortement sur ces masses, on fait mouvoir l'utérus ; en somme : fibrome utérin avec, peut-être, produit de conception.

Intervention le 17 août. Ouverture de l'abdomen. Le fibrome apparaît violacé, couvert de vaisseaux volumineux ; on l'attire à l'extérieur ; pincement et section des ligaments larges droit et gauche, dissection de la collerette péritonéale, ouverture du vagin en arrière. Ablation de la tumeur. Mise en place de la valve abdomino-vaginale. Suture du vagin et de la collerette péritonéale par deux surjets de soie fine. Ligatures à la soie.

Examen de la pièce : poids : 1 kilog 300 gr. La partie inférieure est molle et fluctuante ; en sectionnant le col longitudinalement, on arrive sur un sac qui laisse échapper un liquide clair et un petit fœtus d'environ deux mois et demi.

A droite, à gauche et au-dessus, existent des fibromes très apparents.

Suites opératoires absolument normales ; la malade complètement guérie au bout de 15 jours, rentre chez elle trois semaines après l'opération.

## XVIII

Fritsch de Breslau. (*Société obst. de Berlin.*)

Volumineux myôme du col. Maladie de Bright. Eclampsie. Opération [césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale, à la Martin. La femme meurt le sixième jour, sans fièvre, de l'opération ou du mal de Bright. Pas de renseignement sur l'enfant (1891).

## XIX

Guermonprez de Lille. — *Hystérectomie abdominale totale comme opération complémentaire.* (Documents sur l'hyst. abd. tot. 1895.)

Une femme de 34 ans, mariée depuis un an et demi, est enceinte de six mois lorsqu'on s'aperçoit qu'elle ne peut pas accoucher normalement. Une tumeur volumineuse est reconnue dans le cul-de-sac de Douglas : cette tumeur est irréductible, elle refoule le col utérin en haut et en avant ; elle l'appuie même sur la face postérieure de la symphyse pubienne. La sensibilité, la consistance molle et la disposition presque transversale de la tumeur font penser à une hématocele retro-utérine. Le souvenir d'avoir senti quelques noyaux durs, presque sphériques, qui semblaient en rapport avec le fond de l'utérus, amène à soulever la question du fibromyôme utérin ; mais il n'y a jamais eu de métrorrhagies qui concordent avec cette interprétation. Par ailleurs, la malade est difficile à toucher parce que tout le ventre est sensible. Le catéthérisme vésical et le

toucher rectal ne fournissent pas d'indication à retenir. Enfin, la femme est une vigoureuse femme de travail qui méprise les simples malaises et même les douleurs minimales, et qui n'a jamais su s'observer,

Après des explorations multipliées, MM. Plet (de Dechy), et Wigniolle (de Douai) envisagent la possibilité d'une grossesse extra-utérine, bien qu'il leur paraisse impossible d'adopter un diagnostic bien déterminé. Il faut reconnaître que les bruits du cœur fœtal sont superficiels ; les mouvements actifs se voient aisément et tout le ventre est très sensible à la moindre palpation, comme dans la grossesse extra-utérine.

Quoi qu'il en soit, la malade et la famille sont informées de la situation, et l'opération césarienne est résolue pour la date convenable,

Le 7 juillet 1895, apparaissent les douleurs de la parturition qui se succèdent dans les formes communes d'un accouchement ordinaire.

Le 8 juillet, les douleurs persistent et cependant la dilatation ne se fait pas. La tumeur du cul-de-sac de Douglas demeure fixe, irréductible ; elle est plus dure que par le passé, d'une consistance pâteuse qui éloigne toute idée de fibrome ; elle obstrue tout le détroit supérieur. — Le col utérin est mou, mais non effacé. C'est péniblement qu'on arrive à y introduire un doigt. Les membranes sont rompues. Le liquide amniotique s'est écoulé par les voies naturelles.

Le 9 juillet, la parturiente n'est que médiocrement fatiguée. Un eczéma confluent sur toute la surface du ventre entrave malencontreusement le nettoyage, qui est déjà très insuffisant par ailleurs. — L'enfant vit encore ; on entend distinctement les battements du cœur ; mais le toucher vaginal ramène du mœconium en abondance. Il est impossible de discerner aucune partie fœtale par le toucher ; mais la palpation de l'abdomen, qui est devenue moins pénible, permet de distinguer une série de portions dures et sphériques, qu'il est impossibles d'attribuer à la tête ou au siège d'un fœtus et même de deux jumeaux.

Il en résulte, qu'avant de faire l'opération césarienne — on s'attend à rencontrer des fibromyômes utérins et à pratiquer une hystérectomie abdominale totale.

L'opération est faite immédiatement dans une salle de cabaret, on improvise le lit au moyen de deux tables de cette salle et d'un matelas. Les genoux et les poignets de la parturiente sont fixés par des liens passés sous les tables. La désinfection du vagin est faite au moyen de la liqueur de Van Swietens ; celle de la peau est assurée par un nettoyage savonneux, puis par l'alcool à 90°.

Les chloroformisation n'est rendue profonde qu'au moment des tractions exercées sur l'un ou l'autre des ligaments larges.

L'incision de la paroi abdominale est faite sur la ligne blanche à partir de trois ou quatre travers de doigts au-dessus du pubis ; elle est ensuite prolongée un peu au-dessus de l'ombilic. Cette paroi est dure, épaisse, infiltrée dans sa portion sous-ombilicale. Dès que le péritoine est ouvert, il s'écoule un peu d'ascite et on reconnaît une rougeur avec vascularisation inusitée de la séreuse pariétale.

La section césarienne est faite longitudinale et médiane ; mais elle n'est pas conduite sur la portion qui se présente tout d'abord, parce que celle-ci a une consistance ferme, comme si elle était renforcée par un fibrome instestitiel ou bien comme si elle était doublée par le placenta. La section est donc faite un peu plus haut, vers le fond de l'utérus. La paroi est épaisse, mais la perte de sang minime. L'enfant présente sa région dorso-lombaire, tandis que le siège répond au détroit supérieur de la mère et que la tête repose sur l'hypochondre gauche de celle-ci. L'extraction en est facile. Immédiatement, l'enfant pousse son premier vagissement.

L'utérus revient d'emblée sur lui-même, mais la perte de sang est très abondante. La main, introduite dans la cavité utérine, trouve le placenta en partie décollé, en achève aussitôt la séparation et l'enlève aisément (poids 700 grammes). Mais l'hémorragie persiste, plus abondante peut être ; elle vient de

tout le pourtour de la surface interne de l'utérus. Une poignée d'éponges de Venise est saisie par le chirurgien, qui en bourre vivement la cavité et fait fermer celle-ci par un aide, lequel comprime le tout avec vigueur; l'hémorragie s'arrête.

Toute la masse de l'utérus est alors amenée hors de l'abdomen. Tandis que sa face antérieure est à peu près plane, ses bords latéraux et supérieurs portent toute une série (une quinzaine) de fibromes sous-péritonéaux et plus ou moins appendiculaires.



Planche 1

1. Bord inférieur; 2. Bord supérieur; 3. Bord droit; 4. Bord gauche; 5. Face antérieure.

Pour dégager la portion la plus postérieure, il faut que la main intervienne et rompe des adhérences nombreuses dans tout le petit bassin, jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. Trois fibromes en sont ramenés, dont l'un plus volumineux et plus inférieur, et deux autres moins importants, mais latéralement placés et arc boutés contre le pourtour du détroit supérieur.



Planche 2.

1. Face latérale gauche

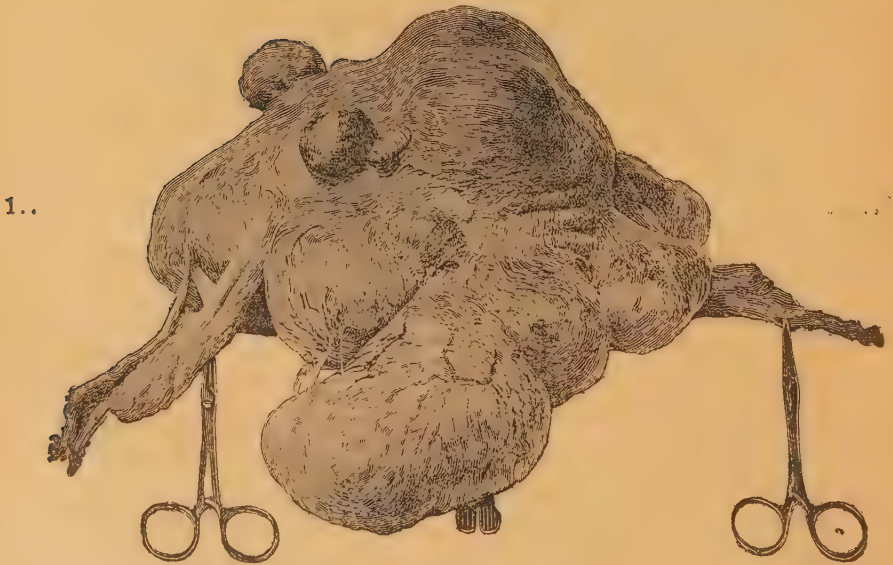


Planche 3.

1. Face postérieure.

Dans de semblables conjonctures, il n'y avait pas à hésiter; l'hystérectomie abdominale totale est tellement supérieure à l'opération de Porro, pour obvier aux difficultés spéciales du cas particulier, qu'il n'y eut même pas de discussion.

Les portions supérieures du ligament large furent d'abord sectionnées de chaque côté, en passant entre les annexes et les parois du bassin. Il en résulte d'emblée une mobilisation beaucoup plus facile de la tumeur.

La décortication du segment inférieur du corps utérin est ensuite entreprise, en partie au bistouri, en partie aux ciseaux. Du côté de la vessie la manœuvre est rapide et relativement facile. Il en est autrement des bords latéraux et de la face postérieure : là on trouve le tissu utérin ramolli, et tellement flasque, qu'on le différencie difficilement d'avec le tissu cellulaire circonvoisin. L'instrument pénètre souvent dans le muscle et l'hémorragie se fait de partout; elle est d'un sang noir, elle bave abondamment, obscurcit le champ opératoire, tandis que l'aide se fatigue de tenir la masse utérine.

Une boutonnière longitudinale est faite au bistouri sur le milieu de la face antérieure du col utérin; une sonde cannelée solide fait la traversée de l'organe d'avant en arrière. Une forte pince-clamp est placée sur la moitié droite; une autre semblable sur la moitié gauche; et aussitôt la tumeur est enlevée par le bistouri.

On fait ensuite la ligature des utérines à la soie et on pratique l'ablation du moignon.

Le lavage du péritoine ramène des débris hématiques et des exsudats. Drainage à la Mickulicz. Suture de la paroi abdominale à trois plans.

L'opération a duré une heure et quart, pansement compris.

Le drain à la Mickulicz est retiré le troisième jour; il est teinté de couleur hématique et ramène des débris d'exsudats et de caillots des profondeurs de l'hypogastre. La suture de l'abdomen est achevée.

L'opérée s'efforce d'allaiter son enfant dès les premiers jours. Elle ne souffre pas et présente un facies excellent.

La guérison se fit rapidement et l'enfant vécut très bien.

## XX

Varnier et Delbet. — *Rétroflexion de l'utérus gravide à terme, obstruction pelvienne par un fibrome adhérent. Hystérectomie abdominale totale. Guérison. (Annales de gyn. et obst. 1897).*

Le 30 août 1896, à cinq heures du soir, entrainé à la clinique Baudelocque une primipare, âgée de 32 ans, Eugénie M... Elle vient de chez elle à la clinique parce que, depuis quelques heures, elle perd du sang en quantité considérable.

Les dernières règles datent du 5 au 8 novembre 1895 ; elle a senti remuer son enfant à la fin d'avril et se considère comme arrivée au terme de sa grossesse.

*Examen à l'entrée.* — L'utérus est constamment tendu et le palper ne peut donner aucun renseignement précis. Voulant se rendre compte par le toucher, de l'état du col et de la présentation du fœtus, M<sup>lle</sup> Roze, sage-femme en chef, trouve l'excavation obstruée par une tumeur du volume du poing, effaçant complètement le cul-de-sac postérieur.

Le cul-de-sac antérieur est attiré en haut, très profond et ce n'est qu'après un examen prolongé, que M<sup>lle</sup> Roze arrive à deviner plutôt qu'à sentir, à bout de doigt, au fond de ce cul-de-sac et à droite, la portion vaginale du col. Il est impossible d'arriver à l'orifice interne et par conséquent d'explorer le pôle inférieur de l'œuf.

La femme ne perd plus de sang.

M<sup>lle</sup> Roze me fait prévenir et j'examine à mon tour à six heures et demie du soir.

Voici ce que m'apprend l'interrogatoire :

M... a marché de bonne heure et toujours bien. Règlée à

quinze ans et demi, irrégulièrement, elle n'a jamais eu ni ménorrhagies ni métrorrhagies. Une fièvre typhoïde à 12 ans est tout son passé pathologique jusqu'en janvier 1894. A cette époque, elle éprouva des douleurs et des pesanteurs dans le bas-ventre, sans qu'aucun trouble soit survenu dans la fonction menstruelle qui est plutôt régularisée. Pas d'hémorragies. Les douleurs s'accompagnent de fièvre. Il n'y a ni constipation, ni troubles de la miction.

M... va consulter un médecin qui, dit-elle, diagnostiqua « une tumeur » et lui prescrivit provisoirement le repos et des injections vaginales. Ces accidents s'amendent rapidement et dix jours après, M... reprenait ses fonctions de cuisinière.

Bientôt après (février 1894), les douleurs ayant reparu, M... alla consulter un chirurgien des hôpitaux qui, dit-elle, diagnostiqua une lésion de l'ovaire, conseilla des injections de sublimé et d'acide borique pendant quinze jours, puis la soumit, pendant environ trois mois, à « des tamponnements ». Pendant tout le temps que durèrent ces accidents et le traitement, le ventre conserva son volume normal.

En mai 1894, M... fut considérée comme guérie et de fait, elle n'éprouva plus rien d'anormal du côté du bas-ventre. Menstruation régulière, pas de constipation, miction normale.

M... se portait très bien lorsqu'elle devint enceinte au mois de novembre 1895.

La grossesse a évolué si normalement que M... n'a jamais eu à consulter et que, sans l'hémorragie survenue dans la journée, elle eut attendu les premières douleurs pour venir à l'hôpital.

Au moment où je l'examine, l'état général est parfait. Température, 37°4. Pouls, 96. Il n'y a ni contractions utérines, ni écoulement sanguin. Le ventre présente une forme anormale, surtout pour une primipare. Le palper permet de s'assurer que c'est le siège et non la tête qui occupe le segment inférieur de l'utérus, resté tout entier abdominal et dont le fond paraît notablement au-dessous du niveau normal à terme, si bien que j'élève quelques doutes sur les renseignements fournis par la

patiente. Quant à la tête du fœtus, il est impossible de la découvrir dans ce qui paraît être le fond de l'utérus. Ce fœtus est vivant.

En aucun point de la paroi utérine, explorable par le palper, on ne sent de fibromes.

Prévenu par M<sup>lle</sup> Roze des difficultés qu'elle a rencontrées dans l'exploration du col, je fais donner du chloroforme afin de pratiquer le toucher manuel.

Il me faut introduire la main tout entière, en supination, pour, avec l'index gauche, trouver au fond et à droite d'un cul-de-sac vaginal retro-symphysien très profond, au-dessus du bord supérieur du pubis, l'orifice du col entr'ouvert et admettant la pulpe du doigt. Ni avec l'index seul, ni avec le médius, il n'est possible d'arriver à l'orifice interne et de sentir l'œuf.

Le bassin est obstrué par une tumeur sphérique, irrégulière, mollassée, immobile, remplissant la concavité sacrée, occupant le cul-de-sac de Douglas. Elle paraît avoir le volume d'une grosse orange, il est impossible d'en explorer le pôle supérieur par le toucher rectal, la paroi du rectum et la paroi vaginale glissent sur elle. Elle ne se déplace pas lorsqu'on soulève l'utérus au travers des parois abdominales et qu'on le fait rouler de droite à gauche et de gauche à droite. On se rend compte qu'elle ne peut être refoulée dans le grand bassin.

A cause des antécédents relevés ci-dessus, mon diagnostic reste hésitant entre un fibromepéliculé adhérent et une tumeur ovarienne. Mais cela ne peut en rien modifier la thérapeutique imposée par l'obstruction pelvienne irréductible. En l'absence de contractions utérines douloureuses, je remets au lendemain matin toute décision et je fais prier mon collègue des hôpitaux, qui a soigné M... en 1894, de venir m'assister. A dix heures du soir, j'apprends qu'il est absent de Paris.

Or, à partir de minuit, le travail se déclare franchement. Il y a des contractions douloureuses toutes les cinq minutes; à 4 heures du matin, il s'écoule brusquement, par les voies génitales, un liquide vert, épais, mélangé de méconium et la sage-

femme de garde ne perçoit plus les battements du cœur. M<sup>lle</sup> Roze appelée constate que l'enfant est mort. Aucune modification du col, température, 37°3.

Prévenu à 6 heures du matin de la mort du fœtus et de l'inefficacité, d'ailleurs prévue, des contractions utérines, je prie mon collègue et ami Pierre Delbet, chirurgien des hôpitaux, de venir m'assister et de faire une laparotomie exploratrice.

Nous convenons que, la laparotomie faite :

1° Si la tumeur enclavée est extra-utérine et peut être enlevée aisément, sans grand traumatisme, nous verrons s'il est possible et prudent de conserver l'utérus en le vidant par les voies naturelles rendues perméables.

2° S'il s'agit d'une tumeur péri-utérine dont l'extraction présente des difficultés considérables, il y aura lieu de faire une opération césarienne, suivie bien entendue d'amputation utéro-ovarique, la mort du fœtus, l'ouverture de l'œuf, les nombreuses explorations vaginales antérieures contre-indiquant l'opération césarienne conservatrice.

3° S'il s'agit, comme c'est probable, d'un utérus fibromateux, l'enlever en totalité, sans évacuation préalable, suivant la méthode radicale actuellement en honneur dans le traitement des fibromes de l'utérus non gravide, et qui nous paraît, dans le cas particulier, préférable à l'opération de Porro.

Tout ayant été arrêté et préparé, Delbet commence la laparotomie à 10 h. 10. Je lui laisse maintenant la parole.

H. VARNIER.

Je fais, sur la ligne blanche, une incision verticale qui commence à deux centimètres au-dessus du pubis et se termine à trois centimètres au-dessus de l'ombilic.

L'abdomen ouvert, les choses se présentent avec un état si singulier, qu'il aurait été difficile de s'y reconnaître sans les renseignements fournis par le toucher. Le col est situé très haut et en avant, au-dessus du pubis. Le corps se recourbe complètement en arrière, de telle sorte que le fond repose et se moule sur la paroi abdominale postérieure. En arrière et au-

dessous de la corne droite, on voit un fibrome arrondi du volume du poing. Il plonge dans la concavité sacrée, refoulant le rectum à droite et il est enveloppé d'adhérences lamellaires qui lui donnent l'air d'être situé sous le péritoine pelvien.

Je cherche d'abord les annexes et les ligaments larges. Ils se laissent facilement soulever du côté gauche. Avec une aiguille mousse, je passe un fil de soie en dedans des veines utéro-ovariennes turgides qui se voient par transparence, et je lie le pédicule utéro-ovarien. Du côté droit, la trompe et l'ovaire sont encapuchonnées par des adhérences filamenteuses qui se laissent rompre assez aisément. Après les avoir libérées, je fais, comme du côté gauche, la ligature du pédicule utéro-ovarien. Puis, ayant placé de chaque côté une pince sur la corne utérine, je sectionne obliquement les deux ligaments larges, de façon que les deux sections aboutissent au voisinage du col.

Alors, sans m'occuper du fibrome adhérent dans la profondeur, je libère immédiatement le col. J'ouvre d'abord le cul-de-sac antérieur du vagin qui se présente en quelque sorte de lui-même. Mais le col ramolli étant difficile à distinguer du vagin, ma section l'intéresse un peu. Il s'écoule quelques gouttes de méconium et un pied se présente. Je place un clamp sur l'orifice du col et je sectionne l'artère utérine gauche. Les vaisseaux sont pincés à mesure. Je libère le col du cul-de-sac postérieur en taillant ce dernier du vagin vers le péritoine et je coupe en dernier lieu le pédicule de l'artère utérine droite. Les vaisseaux utérins sont pincés comme du côté opposé : la perte de sang est à peu près nulle.

Le col est complètement dégagé, mais l'utérus tient encore dans le fond du bassin par le fibrome adhérent. Je fais donc une extirpation rétrograde. Un aide soulevant vigoureusement la masse, j'incise transversalement le feuillet péritonéal de nouvelle formation qui recouvre le fibrome et je l'énuclée de sa loge, assez péniblement d'ailleurs, car les adhérences sont intimes. Je dois, chemin faisant, pincer plusieurs vaisseaux. Enfin

la libération est complète, utérus et fibrome sont enlevés d'une seule pièce, trente minutes après le début de l'opération.

Tous les vaisseaux pincés sont liés. Je fais un premier surjet pour fermer la loge du fibrome, un second en point de matelas sur le cul-de-sac postérieur qui suinte un peu, et je termine par un grand surjet en points de Lambert qui, allant d'un pédicule utéro-ovarien à l'autre, affronte les deux feuillets des ligaments larges, ferme le vagin et supprime toute plaie péritonéale.

La paroi abdominale est suturée en seul plan. L'opération, pansement compris, a duré exactement une heure.

Vomissements chloroformiques fréquents dans la journée.

1<sup>er</sup> septembre. — La malade urine spontanément. Les vomissements sont devenus plus rares. Pas de ballonnement abdominal, température 37° 5 le matin, 38° le soir.

Le 2. — Quelques vomissements dans la nuit, injection de morphine en raison des douleurs qui sont assez vives. Purgatif à dix heures du matin. Première selle peu abondante à six heures du soir. Température 38° 4. Injection de 900 grammes de solution saline dans le tissu cellulaire sous-cutané. Plus de vomissements, nombreuses selles dans la nuit.

Le 3. — Herpès des lèvres. L'état devient excellent. La malade s'alimente et dort bien. La température tombe à 37°.

Les fils ont été enlevés le 10 septembre. La réunion était complète.

La malade s'est levée le 22<sup>e</sup> jour et est sortie en parfait état.

P. DELBET.

XXI

Mouchet, de Sens. — *Opération césarienne suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail, atteinte d'un gros fibrome de l'utérus; extraction d'un enfant vivant, guérison de la mère.* (Compte rendu, *Annales de gyn. et obst.* 1897).

Femme de 38 ans ayant déjà eu onze grossesses. Il y a 18 mois, remarquant l'augmentation de son ventre et l'abondance de plus en plus considérable de ses règles, elle alla consulter le docteur Mouchet, qui constata l'existence d'un utérus fibromateux remontant jusqu'à l'ombilic. En raison de l'absence de tout symptôme inquiétant, notre confrère conseille l'expectation. Onze mois après cette femme entra à la maternité de Sens, ressentant quelques malaises et se disant sur le point d'accoucher. Examinée par le Dr Mouchet, celui-ci reconnut une grossesse de huit mois et demi environ avec enfant vivant. Le ventre déformé présentait le relief de deux tumeurs : l'une, située à gauche et dépassant l'ombilic, était constituée par un fibrome ; l'autre, située à droite et s'élevant jusqu'au sternum, était constituée par l'utérus. Le fœtus avait la tête en bas au-dessus du détroit supérieur. Le toucher vaginal montrait le col élevé à droite et en partie effacé ; aucune partie fœtale accessible, les membranes seules étaient perçues par le doigt. A gauche, une tumeur dure, faisant corps avec l'utérus, occupait la plus grande partie du bassin. En raison de l'absence de toute contraction utérine, le Dr Mouchet résolut d'attendre soit le vrai travail, soit la rupture des membranes. Celles-ci se rompirent spontanément à onze heures du soir ; mais comme les douleurs étaient peu accusées, on ne fit pas prévenir notre confrère. Le lendemain à neuf heures, on constate, que le liquide amniotique est teinté de méconium, que les battements du

cœur sont faibles et qu'aucune partie fœtale n'a de tendance à s'engager. Dans ces conditions, le Dr Mouchet décide de pratiquer une opération césarienne suivie de l'ablation de l'utérus et des fibromes.

Pour vaincre l'hésitation de quelques confrères appelés à donner leur avis, il propose, une fois la malade endormie, de pratiquer le toucher manuel, afin de juger si la tumeur de l'excavation est assez mobile pour se déplacer et permettre l'accouchement par les voies naturelles. Cet examen fait démontra l'immobilité, l'irréductibilité de la tumeur. Après cette constatation, l'opération fut décidée et pratiquée.

Incision abdominale de 25 centimètres ; utérus attiré et luxé à travers cette plaie, lien élastique entourant le segment inférieur. Incision de l'utérus, constriction du lien, extraction de l'enfant violacé mais qui ne tarde pas à respirer. Placenta laissé dans l'utérus fortement rabattu en avant pour éviter tout écoulement de sang et de mœconium dans le ventre. La malade étant mise alors sur le plan incliné, on procède à l'hystérectomie,

Hémostase préventive seulement sur la partie supérieure des ligaments larges, en dehors des annexes. Le lien élastique enlevé, formation d'une collerette péritonéale en arrière, perforation du cul-de-sac de Douglas au niveau du col, senti au moyen du doigt, désinsertion du vagin à droite et à gauche et pincement des utérines au fur et à mesure que la dissection les découvre, section du vagin en avant et décollement de la vessie. L'utérus détaché, des ligatures sont jetées sur les utérines et les utéro-ovariennes très volumineuses; enfin, suture transversale en surjet, au catgut, du péritoine antérieur et postérieur. Toutes les ligatures se trouvent ainsi en dehors de la cavité abdominale, dans le vagin qui est lavé au sublimé et tamponné à la gaze iodoformée. Paroi abdominale fermée par trois plans de sutures. Suites très simples. Le seizième jour la femme était guérie et se levait. Quant à l'enfant, qui pesait 2700 grammes il présentait les symptômes asphyxiques et mourait vingt heures après sa naissance.

XXII.

Rieppi, de Venise. — *Un cas d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes compliqués de grossesse.* (*Rivista veneta di Scienze mediche*, 1897).

Gatti Theresa, 36 ans, primipare à terme, fœtus mort ; bassin obstrué par un volumineux fibrome utérin. Opération césarienne, hystérectomie totale, guérison.

Le 8 juin, je suis demandé, dans un cas privé de la ville, pour visiter une parturiente qui, en travail depuis dix jours, ne pouvait accoucher. Je trouve la femme levée et sans douleurs. Elle n'a jamais été malade ; elle a été réglée toujours régulièrement. Depuis quelques années elle se serait aperçue de la présence, dans son ventre, d'une tumeur de la grosseur d'un œuf, mobile à la partie inférieure du côté gauche et n'en aurait ressenti aucun trouble.

Mariée depuis un peu plus d'un an. Les dernières règles datent du mois d'août 1896. La grossesse, sauf les troubles ordinaires du début, a évolué régulièrement et même pendant ce temps la malade ne sentit plus la tumeur précédemment mentionnée. A quatre mois elle sentit les mouvements du fœtus. Il y a vingt jours, sans cause appréciable, rusture de la poche des eaux. Pendant 10 jours, elle perdit du liquide amniotique qui est devenu sanguinolent depuis les dix derniers jours.

Etat actuel. — Cœur et poumons sains, mamelles turgescentes, à la compression on fait sourdre du colostrum. Ventre volumineux, mais non étalé. Circonférence au niveau de l'ombilic, 93 centimètres. Il y a une forme quadrangulaire due à une tumeur qui, de l'excavation pelvienne, se porte en haut à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

La tumeur est fixe, pleine de bosselures, de consistance dure, indolente. On ne perçoit pas de partie fœtale. A l'auscultation

stéthoscopiques, aucun souffle ni bruits du cœur fœtal. A l'exploration vaginale, à noter que l'on est empêché de pénétrer en haut par une tumeur solide, de forme arrondie, fixe, irréduc-tible, qui descend dans le bassin jusqu'à la vulve. Avec un succès pénible, je parvins, avec le doigt derrière le pubis, à ren-contrer l'orifice utérin ramolli et un peu dilaté.

On ne pouvait rien savoir par la sage-femme sur la mort du fœtus ; la malade à ce sujet affirme que, depuis quelques jours, elle ne sent plus de mouvements.

Je fais le diagnostic de grossesse à terme, fœtus mort. Fibromes multiples de l'utérus, dont l'un, inclus dans l'exca-vation pelvienne, empêchant l'accouchement. Je démontrai à la patiente le grave danger qui la menaçait et avec espoir je conseillai l'opération ; elle fut acceptée de bon gré par la patiente qui, espérant pouvoir guérir, entra sans hésitation à l'hôpital pour y être opérée par moi.

La patiente étant préparée et chloroformée, je fais une ample laparotomie qui, du pubis, monte à presque quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic. L'utérus se présente entouré de nombreux fibromes interstitiels et sous-péritonéaux, l'un d'eux adhérent au grand épiploon. D'abord, l'énorme volume de la tumeur me rendit impossible l'extraction par l'abdomen. Pour cette raison, fis sur la partie médiane de l'utérus une incision d'environ 15 centimètres. Petite hémorragie de l'incision. J'extrais un fœtus macéré et le placenta. Je tamponne la cavité avec de la gaze, je change l'alèze avec une autre propre, je couvre l'utérus avec une compresse doublée, et m'étant bien de nouveau désinfecté les mains, je résèque l'épiploon adhérent à la tumeur et je commence à extraire la tumeur supérieure, puis le corps de l'utérus ; en soulevant celui-ci, l'aide fait monter la tumeur enclavée dans l'excavation pelvienne, laquelle est du volume d'une tête fœtale. Ensuite, je coupe entre deux pinces et je lie isolement les artères et les veines utéro-ovariennes, puis je passe à la ligature de la veine et de l'artère utérines à un centimètre du col. J'ouvre avec des ciseaux le cul-de-sac

vaginal antérieur et je continue ensuite à sectionner circulairement et, me tenant soigneusement au ras du col, j'enlève toute la tumeur.

De cette façon, l'hémostate préventive ayant été faite, la malade ne fut pas affaiblie par la moindre hémorragie. La cavité abdominale étant nettoyée, je suture le péritoine pelvien et je place un drain abdominal à la Mickuliez. puis je ferme l'abdomen par un seul plan de sutures.

La tumeur enlevée pèse 5 kg. 200. Elle est constituée par le corps de l'utérus avec de multiples fibromes sous-séreux et interstitiels. Le col est gros, ramolli, œdémateux. La tumeur, qui était enclavée dans le bassin, est peu vascularisée, purement œdémateuse.

Le fœtus extrait est du sexe masculin. Longueur 50 centimètres, poids 2700.

Les suites opératoires ne furent pas très rassurantes les deux premiers jours. Vomissements continus, quoique la circulation intestinale fut libre, avec une température qui ne dépassa jamais 37°, et au contraire le troisième jour tomba à 35°. Je vins rapidement pratiquer des injections répétées de caféine qui remonterent la patiente, laquelle eut depuis 36°8.

Le quatrième jour, la malade, alimentée avec du lait, du bouillon et du cognac, reprit des forces. La température ne dépassa jamais 39°, quoiqu'il y eut une petite sécrétion purulente, le cinquième jour, par l'ouverture abdominale. La plaie fut toujours sans réaction et le douzième jour j'enlevai les points de suture et constatai une adhésion parfaite. Il coula encore un peu de pus jusqu'au vingtième jour. Le trentième jour cette ouverture se ferma et quelques jours après la malade sortit complètement guérie.

XXIII

Gutierrez, de l'Académie royale de Médecine, Madrid. — *Hystérectomie abdominale pour fibromes utérins compliqués de grossesse à terme.* (*Revue de gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898).

G... Josèfe, 39 ans, entre le 4 décembre 1896, à la clinique de l'Institut Chirurgical de la Moncloa. Réglée à 13 ans et régulièrement, jusqu'à l'époque de son mariage, le 4 août de cette même année.

Santé toujours bonne, pas d'affection génitale. Elle parle de petites grosseurs dans la région hypogastrique, mais qui ne la gênaient nullement.

Trois jours après le mariage, hémorragies pendant trois jours, la malade croit à une avance de ses règles qu'elle n'attendait que vers le 15.

Dès ce moment, un changement radical s'opéra dans tout l'organisme, le ventre devint rapidement très volumineux ; il y eut difficulté pour vider la vessie et le rectum, vomissements le matin, augmentation des seins qui deviennent douloureux, en un mot, signes de début d'une grossesse. Effrayée par ces débuts pénibles, la malade vient me demander une opération. (Décembre).

Après examen minutieux, je constatai que le ventre était beaucoup plus volumineux que chez une femme enceinte de 4 mois et présentait des bosselures surtout appréciables à droite. Une tumeur abdominale très dure, grosse comme une tête de fœtus à terme, occupe la fosse iliaque et l'hypochondre droit ; sur la ligne médiane, elle disparaît et se continue avec une autre plus molle semblant contenir du liquide, qui occupait le reste de la cavité abdominale, remontant jusqu'à l'ombilic.

Au centre de cette masse molle, une tumeur dure et deux

autres sur son bord gauche reposant sur la ligne ilio-pubienne. A l'auscultation, deux souffles vasculaires.

Au toucher, je sentis une tumeur dure, inégale et semblant lobulée, qui occupait presque complètement l'excavation, du côté gauche seulement, et avec beaucoup de difficultés, je sentis le col utérin très élevé et se dirigeant vers la branche pubienne gauche ; il était peu proéminent, complètement immobile, formant une espèce de mamelon qui partait de la tumeur décrite. Cette tumeur avait l'air de se continuer avec celles de la fosse iliaque droite, et les pressions faites pour l'élever dans le bassin ne donnaient aucun résultat.

D'après les antécédents fournis par la malade et les signes recueillis par l'examen, je diagnostiquai ; *grossesse dans un utérus à fibromes* multiples, dont la tumeur inférieure rendait impossible l'accouchement par les voies naturelles.

La santé antérieure et le bon état général me firent espérer qu'il serait possible d'attendre, sinon le terme, du moins la viabilité du fœtus.

Pendant l'observation, il y eut des périodes de calme et des périodes de douleurs très aiguës. Aussi, sans attendre le début du travail, je décidai d'intervenir le 8 mai, époque à peu près probable du terme.

A ce moment, la tumeur droite remontait jusqu'à la région hépatique, celles de gauche, qui étaient un peu ramollies, formaient partie de la paroi utérine en dehors du bassin et sans grande augmentation de volume, la tumeur inférieure n'ayant subi aucun changement de siège ou de volume. Je supposai qu'elle se trouvait encapsulée dans le plancher pelvi-péritonéal. La vessie se trouvait allongée et complètement refoulée vers la fosse iliaque gauche. Le globe utérin, s'accoudant dans l'espace laissé libre par les tumeurs, était fortement incliné en avant et à gauche ; le col, légèrement abaissé et entièrement effacé, présentait son orifice à la partie gauche de la tumeur intra-pelvienne. L'œdème vulvaire et hypogastrique, très prononcé pendant les premiers mois, avait disparu, grâce au mouvement

ascensionnel de l'utérus et des fibromes supérieurs. Le fœtus, dont le cœur battait de 140 à 144 fois par minute, avec une intensité régulière, affectait une présentation du tronc (tête dans la fosse iliaque gauche et pieds au fond de l'utérus à droite). Circonférence au niveau de l'ombilic 1<sup>m</sup>04.

La femme était très tourmentée à cause du volume de son ventre.

Dans cet état de choses, et après avoir répété avec mes aides dans une séance préparatoire, afin qu'il n'y eut pas d'équivoque et dans le double but d'économiser le *temps* et le *sang*, la malade parfaitement anesthésiée, recouverte d'un vêtement de laine stérilisé, et toutes précautions prises, je procédai dans la matinée du 8 mai, à l'opération que je vais décrire :

Incision rapide allant de deux centimètres au-dessus de l'ombilic à quatre travers de doigts du pubis, en divisant les tissus couche par couche sur la ligne blanche, je découvris bientôt la face antérieure de l'utérus, sur la ligne médiane duquel apparut le fibrome sous-péritonéal de la grosseur d'une mandarine. Je passai quatre fils conducteurs à l'un et l'autre côté de l'angle de la plaie, afin de les attacher pour éviter l'éventration intestinale, au moment opportun, et ayant protégé les angles et les bords de l'incision par de grandes compresses, un aide repoussant de gauche à droite l'utérus à travers la paroi abdominale, afin d'en amener le centre à l'ouverture abdominale; alors et à deux doigts du fond de la matrice, je pratiquai une ouverture me permettant d'y introduire deux doigts. Je glissai entre les membranes et l'utérus les doigts sur lesquels je conduisis un bistouri boutonné, avec lequel je fis une section de dix centimètres par en bas sur la paroi de l'utérus. Au travers de cette plaie utérine, apparurent les membranes que je sectionnai aux ciseaux et immédiatement, j'amenai par les pieds une belle fille vivante.

Tous ces temps divers avaient demandé dix minutes. A ce moment, et pour éviter l'hémorragie insignifiante jusqu'alors, mon aide embrassa des deux mains le fond de la matrice en

pressant par leur bord cubital au travers des parois abdominales, pendant que je complétais l'énucléation de l'utérus et de la plus grosse tumeur à laquelle adhérait, sur une vaste étendue, l'épiploon qu'il fallut détacher, en faisant des tractions sur l'angle supérieur de la plaie utérine.

Après avoir extrait en masse, un second aide noua de chaque côté les quatre fils de sûreté, pendant que j'appliquai une ligature élastique sur le segment inférieur utérin, contenant ainsi toute hémorragie et sans que l'intestin se fut montré. Je fis alors le décollement et l'extraction du placenta, me débarrassai du fibrome supérieur en le séparant de l'utérus après l'application de deux longues pinces sur sa large base ; ensuite, je fis l'énucléation du fibrome sous-péritonéal inférieur et je laissai l'utérus avec ses petits myômes interstitiels.

Deux ligatures partielles des ligaments larges, en dehors des annexes, et deux pinces en dedans, puis section entre les deux, isolant ainsi les deux tiers supérieurs de l'utérus, qui devint beaucoup plus mobile ; perforation du cul-de-sac vaginal postérieur à travers le Douglas ; décollement de la vessie de haut en bas et perforation du fond vaginal antérieur. Je fis une ligature à la base des deux ligaments larges et je séparai complètement la matrice, en établissant deux petits pédicules latéraux dont les chefs furent portés dans le vagin. Je fronçai et fermai le plancher pelvi-péritonéal par le procédé de Doyen, en surjet, isolant la cavité abdominale des pédicules et du conduit vaginal.

Le ventre fut nettoyé de quelques caillots avec des compresses stérilisées ; l'hémostase de l'épiploon fut faite par des sutures et celle du péritoine par des compresses trempées dans de l'eau très chaude, après quoi, je procédai à la fermeture de la plaie abdominale, par deux plans de sutures, suivant mon habitude, et j'appliquai le pansement.

La durée totale de cette opération, en comprenant la chloroformisation, fut à peine d'une heure et demie et l'opérée perdit bien moins de sang que dans n'importe quelle couche normale.

La marche post-opératoire fut des meilleures. Pas de vomis-

sements, pouls de 80 à 90, excepté le premier jour où il arriva à 100. La température oscilla en 36°6 et 37°, arrivant comme maximum à 37°2 le second jour ; au sixième jour, on commençait à alimenter l'opérée, et au huitième j'enlevai les sutures, la plaie avait cicatrisé par première intention. Une semaine après je la faisais lever et au bout de dix-huit jours, elle quittait l'hôpital complètement rétablie.

L'enfant pesait 2,900 grammes, le placenta 500, l'utérus et les petits myomes 1,007, le fibrome supérieur 2,575, le fibrome enclavé 812.

## XXIV

Du même auteur.

Peu après le rétablissement de ma première opérée, et au moment où je ne songeais guère à intervenir de nouveau d'une façon semblable, le 21 mai 1897, Sergia C..., âgée de 33 ans, se présenta à ma consultation de l'Institut.

L'histoire clinique de cette malade est des plus simples. Réglée à 14 ans, elle resta quatre mois sans rien voir, mauvaise hygiène ; au bout de ce temps, réapparition du flux menstruel et ensuite aménorrhée qui dure trois mois, après quoi, la menstruation se présente de nouveau et continue régulièrement jusqu'au 26 août 1896, date de son mariage. Elle a ses règles en septembre, octobre, novembre et décembre (du 15 au 20) ; les règles disparaissent en janvier pour ne plus continuer et dès lors ses malaises commencent.

Vers le milieu de février, elle est prise la nuit, pendant un sommeil très calme, d'une douleur très intense à la région lombo-sacrée, paralysant tout mouvement et accompagnée de vomissements, en même temps que le ventre se ballonne d'une façon exagérée. Cette douleur persiste jusqu'au mois d'avril avec intensité variable, s'irradiant à tout l'abdomen mais plus prononcé à gauche, où la malade commence à ressentir une

tumeur dure qui a augmenté lentement ; à ces tracés, vient s'ajouter une constipation opiniâtre et rebelle à tous les moyens employés pour la combattre.

Le 21 mai dernier, j'observe, en l'examinant, que son ventre est volumineux, inégal, présentant deux tumeurs, dont l'une, du côté droit, envahit la fosse iliaque et le flanc droits, remontant jusqu'à la ligne ombilicale dans l'hypogastre : elle est de consistance molle, comme si elle contenait du liquide et, en certains endroits, on ressent des portions intérieures dures et mobiles, de même que du souffle en deux foyers équidistants du fond ; la seconde tumeur est moins volumineuse, dure, lobulée, occupant la fosse iliaque gauche et pénétrant dans l'excavation pelvienne qu'elle envahit complètement, en déformant le cul-de-sac postérieur, de telle sorte que, par le toucher, on perçoit une tumeur sphérique, au-dessous et en arrière du col utérin repoussé en haut, au niveau de la symphyse pubienne.

Malgré l'absence des phénomènes gastriques et autres signes de la gestation, le volume immense du ventre ne correspondant pas à l'époque probable, je n'hésitai pas à porter sur sa fiche de consultation : *grossesse compliquée par un fibrome sous-péritonéal* qui remplit l'excavation et la moitié gauche de la région hypogastrique, refoulant l'utérus en haut et à droite.

Tout en croyant à l'adhérence de la tumeur au bas-fond péritonéal, et, par conséquent, au besoin d'intervenir au moment de l'accouchement, en cet état de choses, je prescrivis pour vaincre les amas fécaux, de grandes irrigations faites avec une longue canule remontant au-dessus du siège de la compression par cette tumeur, qui devenait de plus en plus volumineuse. L'usage de la cascara, en même temps, permit à cette pauvre femme de reprendre ses occupations et de retourner chez elle à Gyon. Au commencement de son neuvième mois, de passage en cette ville, j'eus occasion de la revoir encore.

Le ventre est inégal, à droite la tête n'a pas pu s'engager et la paroi abdominale est proéminente à son niveau, tandis que la partie gauche est aplatie et c'est seulement dans la fosse iliaque

de ce côté que l'on voit se dessiner le fibrome qui oblige la matrice à s'incliner de l'autre.

Malgré tout, le fibrome n'a pas bougé et reste dans l'excavation qu'il comble entièrement ; la malade se sent bien et attend avec courage et résolution le moment décisif. Elle arrive ici le 12 septembre pour entrer le 20 à la clinique de la Moncloa.

Le même jour, on trouve : circonférence à l'ombilic 0<sup>m</sup>95, distance de l'appendice xyphoïde au pubis 0<sup>m</sup>39.

Le 27 septembre, toutes les précautions étant prises je procède à l'opération.

La malade complètement anesthésiée, je pratique l'incision abdominale sur la ligne blanche, depuis le nombril jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus du pubis, incision que je dus prolonger après en haut et en bas de 6 centimètres environ.

Ayant découvert l'utérus, un aide le repousse du côté droit, afin de l'amener au centre avant d'ouvrir la cavité ; les bords et les angles de la plaie sont recouverts de compresses stérilisées : j'ouvre alors la paroi utérine, tout près du fond, pour y introduire deux doigts que je glisse entre les membranes et la paroi, pendant que je prolonge l'ouverture de 10 à 15 centimètres. L'œuf ouvert, j'introduis la main sous la tête que j'embrasse par l'occiput et je retire rapidement un fœtus vivant, bien développé, du sexe féminin.

Comme pour le cas précédent, on fit l'hémostase temporaire et l'énucléation de la matrice, pendant qu'un aide comprimait le fond et les parois latérales et qu'un second empêchait la sortie de l'intestin en nouant les chefs préventifs, appliqués à la partie supérieure de la plaie abdominale.

Matrice dehors, et ligature élastique provisoire, je retirai le placenta et colloquant l'opérée en position de Treudelenbourg, je pus détruire les adhérences qui retenaient fortement le fibrome et l'enlever alors facilement du bassin, en le faisant basculer sur le pubis en même temps que l'utérus.

L'insertion très étendue du fibrome à la partie postérieure de la matrice, et en même temps charnue, rendait impossible l'énucléation sans risquer de déchirer la cavité et, par conséquent, de mettre la femme en danger; ce voyant, j'optai pour l'hystérectomie totale, étant donné l'élévation de la tumeur et son insertion au-dessus du col me permettant d'ouvrir le cul-de-sac postérieur: ce que je fis, suivant les temps du procédé classique de Doyen, terminant en portant les deux petits pédicules dans le vagin et en fronçant en surjet le plancher pelvien, isolant parfaitement les deux cavités. Dans toutes ces manœuvres il ne s'écoula pas plus de sang que pendant un accouchement normal. Après nettoyage de petits caillots, je fermai la cavité abdominale par deux plans de suture entrecoupée selon mon habitude et appliquai un pansement stérilisé.

Durée totale de l'opération 1 h. 20.

La convalescence fut très heureuse et la malade sortit guérie le 18 octobre, avec sa petite fille.

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| Poids de l'enfant.....        | 3.100 grammes. |
| — de l'utérus et du fibrome.. | 2.520 —        |
| — du placenta.....            | 500 —          |

#### OBSERVATION XXV.

Boldt, de New-York. — *The Porro's operation versus total hysterectomy. (American journal of obstetric, 1898, n° 38.)*

Femme de 30 ans, qui me consulta, à ma clinique, à la fin de 1896, pour impuissance, pendant les deux années de son mariage, à accomplir convenablement ses devoirs conjugaux et stérilité. L'examen montra que le vagin était une poche fermée, d'environ un pouce à un pouce et demi de long; au centre de la voûte était une ouverture, si petite, qu'il était impossible d'y introduire une sonde chirurgicale de la plus petite dimension.

Cette femme avait été réglée à 13 ans ; règles régulières, peu abondantes, durant un à deux jours sans douleurs. Le toucher recto-abdominal montra que l'utérus était de grosseur normale et nettement mobile. L'ovaire droit semblait normal : le gauche ne pouvait être senti. Il devint évident par cette histoire que l'atrésie n'était pas complète et qu'il y avait communication entre le vagin et l'utérus, laquelle nécessitait une opération que je proposai d'exécuter.

Je nela revis qu'en février 1897 et il fut alors établi, qu'en dépit de l'atrésie existante, elle était enceinte. L'examen recto-abdominal montra aussi la présence d'une petite tumeur sur le côté gauche de l'utérus gravide, laquelle semblait être en connexion directe avec le segment inférieur de l'utérus.

La patiente n'avait pas reparu, quelques semaines plus tard quand il fut établi que la tumeur avait grossi à tel point, qu'elle avait le volume de l'utérus gravide qu'elle repoussait en haut et à gauche.

Je conseillai d'attendre la fin de la grossesse et alors de faire une opération césarienne et en même temps d'enlever la tumeur.

Le 7 août 1897, elle fut reçue dans mon service de Post Graduate Hospital où furent prises les notes complémentaires suivantes : cœur, poumons et reins normaux. L'abdomen est divisé en deux parties par un sillon oblique. La partie supérieure droite contient l'utérus gravide dont le fond remonte jusqu'au cartilage ensiforme. L'organe empiète sur le foie. Le bas et le côté gauche de l'abdomen sont occupés par une tumeur solide évidemment fixée à l'utérus. La tumeur remplit entièrement le bassin vrai.

La femme étant alors, de dix jours à deux semaines du terme, et les bruits du cœur étant devenus quelque peu faibles depuis peu de jours, je pensai qu'il était meilleur d'opérer sans attendre plus longtemps pour le début du travail, et alors, le 10 août, suivant la méthode indiquée plus bas, je fis l'opération.

Le temps employé depuis le début, jusqu'à ce que la malade

fut enlevée de dessus la table, fut de 50 minutes ; lequel temps n'est certainement pas plus long que celui qui aurait été pris pour un cas de Porro non compliqué.

L'enfant mourut le onzième jour.

La tumeur que l'on croyait être un fibromyome ordinaire était un fibrosarcome. Quelques parties seulement de la tumeur avaient la structure fibromyomateuse.

L'opération, n'ayant présenté rien de particulier, rentre dans le cas des hystérectomies abdominales simples pour fibromes non compliqués.

## XXVI

Vautrin et Schull, de Nancy. — Observation puisée dans le mémoire sur l'*hystérectomie abdominale totale pour fibromes pendant le travail*. (*L'obstétrique*, 1899.)

M<sup>me</sup> K..., 43 ans, de Nancy, est adressée à l'un de nous en janvier 1898, pour tumeur abdominale, qui, depuis quelques semaines, augmentait beaucoup et causait de vives douleurs dans le ventre. La malade portait, depuis 20 ans, un fibrome utérin dument constaté, mais qui n'avait jamais amené de troubles sérieux. Dès le début de son mariage on avait annoncé à M<sup>me</sup> K..., qu'elle n'était pas susceptible d'avoir des enfants ; aussi, vivait-elle dans l'illusion qu'une grossesse ne devait jamais lui échoir un partage.

En examinant attentivement la malade, on constatait, en effet, dans le ventre, la présence d'une tumeur irrégulière, remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic. A gauche, il existait un lobe assez dur, résistant et fixe. A droite, la tumeur était moins solide, rénitente, plus régulière ; elle s'allongeait vers l'espace sous-hépatique. Au toucher, le col était assez ramolli, un peu gros et placé à peu près en position centrale dans le vagin. Dans le cul-de-sac antérieur, on sentait un lobe dur,

impossible à repousser, dans les culs-de-sac latéraux, on sentait la même résistance. En arrière du col, le doigt rencontrait difficilement la tumeur.

A l'examen au spéculum, on était frappé par une coloration violacée, assez intense du col et des parois vaginales ; c'est ce caractère particulier qui fit penser de suite à la coexistence d'une grossesse avec un fibrome.

L'auscultation pratiquée avec soin, fit percevoir des battements fœtaux à égale distance du pubis et de l'ombilic et un peu à droite.

En interrogeant la malade, on apprenait qu'elle avait toujours été réglée assez régulièrement jusqu'à la fin du mois de juillet précédent, que depuis cette date, elle n'avait plus eu d'époques menstruelles et que depuis un mois, elle avait remarqué l'existence d'une leucorrhée assez abondante.

Malgré les troubles assez accentués qu'accusait la malade, on lui conseilla de rentrer chez elle et de se soumettre à la surveillance d'un médecin,

Le 26 février, la femme remarque l'existence d'un petit écoulement sanguin, au niveau des parties génitales.

A cette époque, le fond de l'utérus arrive, à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; cet organe est incliné à droite, la surface est irrégulière. Au niveau du fond et à gauche, se trouve une saillie formée par un fibrome du volume d'une grosse orange. En bas et à gauche, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, on sent également une autre saillie qui paraît être également un fibrome du même volume que celui de la partie supérieure. On reconnaît la tête fœtale à l'extrémité supérieure de l'utérus et à droite. Les battements redoublés du fœtus sont entendus à droite. Par le toucher vaginal, le col est trouvé fortement dévié à gauche, près de la ligne innominée ; ce col a toute sa longueur, est entrouvert et contient un caillot dans sa cavité. Le fibrome, senti par la palpation à la partie inférieure et gauche de l'utérus, n'est pas atteint par le toucher vaginal, ne plonge pas dans l'excavation. Mais un autre fibrome

dur, du volume d'un œuf de poule, se trouve à droite du col et plonge dans le petit bassin dont il occupe la moitié droite. On n'atteint aucune partie fœtale par le toucher vaginal.

L'écoulement sanguin fait penser qu'il y a, très probablement, une insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. Cet écoulement disparut rapidement, mais un autre fait anormal attira notre attention les jours suivants. C'est un œdème considérable, indolent, du membre inférieur gauche, c'est-à-dire, du côté correspondant au fibrome situé au-dessus de l'arcade crurale.

Le 16 mars, à onze heures du soir, la malade eût une forte hémorragie utérine; elle perdit environ 400 grammes de sang. L'écoulement sanguin s'arrêta spontanément et avait cessé à notre arrivée auprès d'elle. Nous sentons alors nettement, dans le col, la surface du placenta, et remarquons également que le fibrome du petit bassin a presque doublé de volume, depuis le 26 février.

Le travail débuta dans la nuit du 19 au 20 mars. A une heure du matin, le 20 mars, la femme perdit les eaux, en même temps qu'il y eut un écoulement d'environ 300 grammes de sang. On examine la parturiente à 4 heures du matin, et on trouve le col a peu près au centre de l'excavation, effacé et ouvert comme une pièce de un franc. Le placenta occupe la partie postérieure de l'orifice utérin : une anse du cordon ombilical, animée de battements irréguliers, est dans la moitié de cet orifice. Aucune partie fœtale n'est accessible au toucher, le fibrome fait un peu saillie dans la moitié droite du petit bassin.

Comme l'hémorragie utérine se reproduit, l'un de nous, avec l'aide du docteur Georges Etienne, introduit dans l'utérus un grand ballon de Champetier de Ribes qu'on remplit incomplètement.

A 10 heures du matin, l'orifice utérin a les dimensions d'une pièce de cinq francs. Le ballon est retiré, puis introduit une deuxième fois et, à 4 heures du soir, la dilatation est grande comme une petite paume de main, en même temps qu'on

trouve le fibrome pelvien un peu plus élevé que précédemment. A ce moment, nous nous proposons d'introduire une main dans l'utérus pour tâcher d'atteindre un pied du fœtus et l'attirer dans le vagin. La femme est chloroformée, mais la main introduite dans l'utérus est arrêtée à 3 centimètres environ au-dessus du détroit supérieur par les deux fibromes situés à droite et à gauche de la matrice, à sa partie inférieure. Ces deux fibromes, saillants à la face externe de l'utérus, font également saillie à la face interne et ne permettent que l'introduction de trois doigts dans l'espace qu'ils limitent. Ces doigts atteignent avec peine une partie fœtale, molle, très élevée, qu'il est impossible de saisir, située au-dessus du canal étroit qui existe entre les deux fibromes. Les résultats de cette exploration ne permettaient pas d'espérer un accouchements par les voies naturelles.

M<sup>me</sup> K..., entra chez les sœurs de Niederbronn, rue Sainte Marie, le 20 mars au soir. Elle fut aussitôt préparée pour l'intervention qui devait avoir lieu le lendemain, par des injections fréquentes, un savonnage général et une antiseptie sévère du vagin et de la vulve. A ce moment, on constatait un œdème général et indolent du membre inférieur gauche. La température, le soir, était de 37°8, le pouls battait à 112.

Le 21, à 9 heures du matin, anesthésie. Incision du pubis jusqu'au dessus de l'ombilic. L'utérus apparaît, flanqué de fibromes et de plexus veineux ligamentaires très développés, l'extracteur hélicoïde est fixé dans l'un des fibromes, ce qui permet d'attirer hors du ventre toute la masse utérine. Les pécioules vasculaires supérieurs sont écrasés aussitôt à l'aide de l'angiotribe de Doyen, puis liés. Je dégage le ligament large gauche, jusqu'à l'utérine correspondante qui est pincée ; puis, une collerette péritonéale est détachée sur la face postérieure de l'utérus, jusqu'au niveau du vagin qui est ouvert d'un coup de ciseaux. Le cordon prolabé est lié. Le col utérin, ramolli et dilaté, est saisi par une pince à griffes, amené dans la plaie, puis fermé à l'aide d'une large pince à mors acérés, afin d'arrêter l'écoulement des liquides sanieus venant de l'utérus. Le liga-

ment large droit est alors libéré, de bas en haut, en pinçant et sectionnant l'utérine, puis l'utérus est détaché, suivant le mode Doyen, en séparant la vessie par arrachement.

Les ligatures des pédicules furent vite placées, après ramonage du vagin à l'aide compresses. Un tube en croix fut placé dans le vagin et, par-dessus, la collerette péritonéale fut suturée, tous pédicules cachés. L'opération avait duré environ une heure.

Les suites furent faciles et simples. Le pouls oscilla entre 90 et 100. La température ne dépassa 38° que le cinquième jour, époque où la jambe gauche, déjà tuméfiée antérieurement, devient plus douloureuse. On constata alors une phlébite de la saphène interne. Malgré cette complication, la guérison se fit sans encombre et la malade pouvait rentrer chez elle le vingt-cinquième jour.

Une coupe verticale de l'utérus, passant un peu en avant de la trompe gauche et un peu en arrière de la trompe droite, montre que le fœtus se présente par l'épaule gauche, en dorso-antérieure.

Les deux fibromes de la partie inférieure, occupent le côté droit et le côté gauche du segment inférieur, ils font saillie en dehors et en dedans de l'utérus, limitant un canal de 3 cent. 1/2 de diamètre dans lequel se trouvent le placenta et le cordon.

## XXVII

Delassus, de Lille. — *Hystérectomie abdominale totale pour fibrome utérin masquant une grossesse. — Succès pour la mère et l'enfant.* (Semaine gynécologique, septembre 1899).

Je suis consulté au mois de mars par M<sup>me</sup> X..., cette dame est mariée depuis 12 ans et n'a jamais eu d'enfants.

D'histoire pathologique, elle n'en a pas, ayant toujours, jusqu'à présent, joui d'une excellente santé.

Depuis un an environ, elle éprouve du côté de l'abdomen des sensations de gêne et s'aperçoit que son ventre augmente de volume. Les règles sont très abondantes et durent une huitaine de jours : abondante hémorragie au commencement de décembre.

Entre les époques, elle ne perd ni en blanc, ni en rouge. Toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement et, n'était cette augmentation de volume du ventre, elle n'aurait nul besoin de recourir à la médecine.

A l'examen, voici ce que je constate : l'abdomen est plus gros que celui d'une femme à terme. Pas de vergetures, pas de ligne brune.

A la palpation, sur la face antérieure et sur le côté droit, on sent facilement une masse très volumineuse, de consistance dure, fibreuse, qui remonte près des fausses côtes et latéralement occupe l'hypochondre. A gauche, et au-dessus du pubis, on sent des masses moins volumineuses, comme de petites pommes,

Par le toucher, on sent le col avec ces caractères normaux, au-dessus de lui, une masse dure qui se continue nettement avec celle trouvée dans l'abdomen ; dans les culs-de-sac. On sent la même masse ; elle est manifestement utérine. Le diagnostic de fibrome était trop net pour que je fisse l'hystérométrie. En face de l'accroissement régulier de sa tumeur, la malade demande l'opération, mais pour différentes raisons extra-médicales, elle l'ajourne à un mois.

Je la revois une quinzaine de jours plus tard ; le ventre a augmenté de volume, surtout à gauche. A ce niveau, je constate une rénitence qui me fait diagnostiquer la présence d'une poche contenant du liquide et, logiquement, je pense à un fibrome devenant kystique.

L'opération est faite le 28 mai. Les D<sup>rs</sup> Faucon, Bernard, et Roquet m'assistent.

Après incision de la paroi, la masse se présente avec les caractères ordinaires des fibromes. Le kyste du côté gauche est

bien visible et j'ai soin de l'éviter quand je fais pénétrer mon-tire bouchon dans la tumeur.

La prise est solide; à travers l'incision qui remonte au-dessus de l'ombilic, j'énuclée l'utérus fibromateux dont le volume est considérable. Les ligaments sont successivement pincés, liés et coupés; la vessie est décollée après section du péritoine; même manœuvre en arrière dans le cul-de-sac postérieur, pour détacher la séreuse. Le hile de l'utérus est alors saisi au moyen de pinces, la voûte vaginale est effondrée, en avant et en arrière, et l'utérus est ainsi enlevé en totalité.

A ce moment, par le pôle inférieur de la tumeur, on voit saillir une masse rougeâtre et arrondie, qui fait dire à l'interne qu'il s'agit sans doute d'un fœtus. En effet, la matrice, outre son fibrome, contenait un fœtus presque à terme. Nous en reparlerons dans un instant.

L'hémostate est soigneusement assurée, les pédicules liés à la soie, le vagin fermé par une suture continue, puis le péritoine adossé à lui-même, jusqu'à l'insertion des ligaments larges à la paroi pelvienne, par un autre surjet. La cavité abdominale est ainsi fermée complètement et les pédicules sont en dehors de la séreuse. Toilette du péritoine, abdomen refermé par trois plans.

Suites opératoires bénignes; montée du lait normale. La femme ne nourrit pas.

Léger écoulement vaginal les premiers jours qui disparut très vite. La malade se lève le seizième jour et sort guérie le trentième.

Aussitôt la présence de l'enfant constatée, celui-ci, en état de mort apparente, fut baptisé et extrait de la matrice. Il se mit à respirer franchement, puis à crier. Placé pendant quelques jours dans une couveuse, il prospéra admirablement et c'est maintenant une belle petite fille.

Elle pesait à sa naissance 2 kg. 620.

Les dimensions de la tête, prises au moment de la naissance, ont été égarées; mais il en reste l'impression que l'enfant devait avoir huit mois un quart.

La masse enlevée comprend deux parties : l'une antéro-latérale droite, le fibrome ; l'autre postéro-latérale gauche, l'utérus gravide.

Il est maintenant intéressant de savoir comment cette grossesse a pu passer inaperçue.

J'avais éliminé la grossesse parce que la femme m'avait affirmé avoir ses règles en abondance, très régulièrement, parce qu'elle ne présentait par ailleurs aucun signe de grossesse, ni ligne brune, ni mouvements sentis de l'enfant. L'auscultation n'aurait sans doute rien donné dans la circonstance. Les troubles remontaient à plus d'un an. Je me suis donc cru à l'abri de cette surprise, contre laquelle je mets si souvent en garde nos étudiants, dans les leçons que j'ai l'honneur de leur faire sur ces questions.

Eh bien, je dois dire que, si je ne me crois pas en faute, la nature, ni la clinique ne l'étaient pas davantage.

Voici, en effet, ce que la malade m'a dit après l'opération, alors que je la questionnais à nouveau pour confirmer les renseignements qu'elle m'avait donnés.

Les règles étaient en effet abondantes, mais quand elles les avait. Or, elle ne les voyait plus depuis trois mois. C'est encore trop court évidemment, puisque l'enfant est à environ huit mois et quart, mais mon attention eut été attirée plus vivement sur ce détail important, s'il m'eut été donné.

Quant aux mouvements, elle déclare maintenant qu'elle avait bien senti quelque chose, mais que n'ayant pas eu de famille, elle ne comprenait pas la signification de ces sensations et n'en avait parlé qu'à sa bonne.

Le fait de sa stérilité si bien expliqué, en théorie, par son fibrome, ne pouvait non plus que me confirmer dans mon opinion.

Quant aux constatations objectives que j'avais faites et que j'ai relatées plus haut, il me semble qu'elles m'amenaient logiquement à conclure comme je l'avais fait. Après coup, évidemment, et instruit par ce cas, je serai plus sévère sur l'interprétation des phénomènes observés.

## CHAPITRE VI.

### Conclusions.

Nous en avons fini avec l'énumération des faits relatifs à notre sujet et avec l'exposé des opinions d'un grand nombre d'auteurs.

De tout cet ensemble, et pour nous résumer, il nous paraît logique de déduire les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> L'hystérectomie abdominale totale est indiquée dans les cas de troubles graves dus à des fibromes compliqués de grossesse ;

2<sup>o</sup> Elle est indiquée au même titre que si les fibromes existaient seuls ;

3<sup>o</sup> Elle est indiquée également comme complément de l'opération césarienne, s'il y a des fibromes ;

4<sup>o</sup> Elle donne dans ces cas des résultats très supérieurs à ceux de l'opération césarienne conservatrice et de l'opération de Porro ;

5<sup>o</sup> Elle semble facilitée, plutôt que rendue malaisée, du fait de la grossesse.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
PINARD

VU : LE DOYEN,  
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :  
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,  
GRÉARD

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- BOLDT. — *American journal of obstetric*, 1898.  
CAMERON. — *Brittish medical journal*, 1895.  
CORDEMANS. — *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et obst.*, 1898.  
DEMONS. — XII<sup>me</sup> Congrès de chirurgie, 1898.  
DELASSUS. — *Semaine gynécologique*, 1899.  
DAVIS. — *American gynecological Society*, 1898.  
FINET. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1898.  
FRY. — *American journal surgery and obstetric*, 1897.  
GUERMONPREZ. — Documents sur l'hyst. abd. totale, 1895.  
GUILLAUME. — *Bulletin de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1896.  
GUSSEROW. — *Cyclopedia of obstetric and gynecology*, 1896.  
GUTTIEREZ. — *Annales royales de l'Académie de Médecine*.  
Madrid, 1897.  
JACOBS. — Société belge de gynécologie et d'obstétrique, 1898.  
KIEFFER. — Société obstétricale de France, 1897.  
LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité de gynécologie*, 1898.  
LEFOUR. — *Thèse d'agrégation*, 1880.  
LONGUET. — *Semaine gynécologique*, 1899.  
LAUWERS et LANDAU. — *Brittish medical journal*, 1896.  
MONOD. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1896.  
MONPROFIT. — *Revue de gynécologie et chirurgie abdomi-*  
*nale*, 1899.  
PINARD. — *Rapport de l'Académie de Médecine*, 1897.

- PINARD. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1897.  
POZZI. — *Traité de gynécologie*, 1897.  
PUJOL. — *Thèse*, Montpellier, 1896.  
RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Traité d'accouchements*, 1897.  
RICARD. — XIII<sup>me</sup> Congrès de chirurgie, 1899.  
RIEPI. — *Rivista veneta di Scienze Mediche*, 1897,  
VON RAMDOHR. — *Medical Society of the state of New-York*, 1898.  
STAVELY. — *John Hofkins Hospital Bulletin*, 1896.  
TISSIER. — *Bulletin de la Société d'obstétrique*, 1898.  
VARNIER et DELBET. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1897.  
VAUTRIN et SCHULL. — *Société médicale de Nancy*, 1899.



# LIBRAIRIE A. MALOINE

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

## PARIS

- AUSSET** (D<sup>r</sup>), professeur agrégé. — **Leçons cliniques sur les maladies des enfants**, faites à l'hôpital Saint-Sauveur. 1896-99, 3 vol. in-8, 1898. . . 15 fr. »
- BERDAL** (D<sup>r</sup>), médecin de consultations à l'hôpital Saint-Louis. — **Traité pratique des maladies vénériennes**. Préface de TENNESON. In-8, 1897, avec fig. et pl. col. . . 10 fr. »
- BERNHEIM**. — **Immunisation et sérumthérapie**. 2<sup>e</sup> édition, revue et augmentée. In-8, 1897. . . 4 fr. »
- BERNHEIM**. — **Formulaire clinique**, formules pratiques recueillies à la polyclinique de Vienne. Traduit sur la 15<sup>e</sup> édition et augmenté de nombreux travaux originaux. Un vol. in-32, cart., 1896. . . 4 fr. »
- CHATELAIN**. — **Précis iconographique des maladies de la peau**. Ouvrage accompagné de 50 PLANCHES HORS TEXTE EN COULEUR, reproduites d'après nature, par FÉLIX MÉHEUX, dessinateur des services de l'HÔPITAL SAINT-LOUIS. Un fort vol. gr. in-8, 1896, relié toile . . . 25 fr. »
- COURTADE**. — **Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille**. Un vol. in-18, 1895. . . 4 fr. »
- GARNIER et DELAMARE**. — **Dictionnaire des termes techniques de médecine**, contenant les étymologies grecques et latines, les noms des maladies, des opérations chirurgicales et obstétricales, les symptômes cliniques, les lésions anatomiques, etc. Préface de H. ROGER, professeur agrégé. In-18, 1900. Broché, 5 fr., relié . . . 6 fr. »
- KRAFFT-EBING**. — **Traité clinique de psychiatrie**, traduit sur la 5<sup>e</sup> édition allemande, par le D<sup>r</sup> EMILE LAURENT. Un fort vol. in-8, 1897. . . 20 fr. »
- LEVILLAIN**. — **Essais de neurologie clinique, neurasthénie de BÉARD et états neurasthéniformes**. In-12, 1895. . . 4 fr. »
- MALBEC**. — **Consultations et ordonnances médicales**, 2<sup>e</sup> édition, revue et augmentée, in-18, rel. souple, 1897. . . 4 fr. »
- MAURANS** (D<sup>r</sup> del.). — **Compendium moderne de médecine pratique**, publié sous la dir. du D<sup>r</sup> DE MAURIANS. In-8, de 720 p., 1894. . . 12 fr. »
- NOGUÉ**. — **Précis de psoologie infantile**. In-8, rel. s., 1895. . . 3 fr. 50
- PANSIÉR** (d'Avignon). — **Traité d'électrothérapie oculaire**, avec une préface de M. le D<sup>r</sup> E. VALUDE. 1 vol. in-18, avec fig., 1895. . . 6 fr. »
- PANSIÉR** (d'Avignon). — **Traité de l'œil artificiel**. 1 vol. in-18, cart., avec fig., 1895. . . 4 fr. »
- STAPPER**. — **Traité de Kinésithérapie gynécologique** (système de BRANDT), nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes. Ouv. contenant la traduction du livre de BRANDT et 130 fig. In-8, 1897. . . 12 fr. »
- TRUC**, professeur de clinique ophtalmologique à Montpellier, et **VALUDE**, médecin de la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. — **Nouveaux éléments d'ophtalmologie**. 2 vol. in-8, 1896, avec 257 fig. et 1 pl. en couleur. . . 20 fr. »
- VARIOT**. — **La diphtérie et la sérumthérapie**. Études cliniques faites au pavillon Bretonneau. In-8, 1898, avec 28 fig. et 1 pl. col. . . 12 fr. »
- VAUCAIRE**. — **Formulaire de gynécologie, thérapeutique, traitement des maladies des femmes** (formules des professeurs et médecins spécialistes). In-18, 1895, rel. . . 4 fr. »
- VIGNES**. — **Technique de l'exploration oculaire**, introduction à l'étude de l'Ophtalmologie. 1 vol. in-8, avec 213 fig. dans le texte, 1896. . . 8 fr. »